

Schöninger, Hanna

-

**PRÄNATALDIAGNOSTIK UND DIE AUSWIRKUNGEN SELEKTIVER  
ABTREIBUNGEN AUF UNSER BILD VON BEHINDERUNG**

<http://opus.bsz-bw.de/hsrt/>

© Hanna Schöninger, 2011

**Erste Staatsprüfung für das Lehramt an Sonderschulen**

**(02. August 2010)**

**An der Fakultät für Sonderpädagogik**

**der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg  
in Verbindung mit der Universität Tübingen  
mit Sitz in Reutlingen**

**Wissenschaftliche Hausarbeit**

**Hanna Schöniger**

**Thema:**

**Pränataldiagnostik und die Auswirkungen selektiver Abtreibungen  
auf unser Bild von Behinderung**

**Thema vereinbart mit Referent: Prof. Dr. Rainer Trost**

**Koreferent: AOR Dr. Peter Jauch**



# **Inhaltsverzeichnis**

1. Einleitung.....	6
2. Pränatale Diagnostik (PND) .....	9
2.1 Definition und Begriffsklärung .....	9
2.2 Nicht-invasive Untersuchungsmethoden .....	10
2.2.1 Sonografie (Ultraschalluntersuchung).....	10
2.2.2 Ersttrimester-Screening.....	12
2.2.3 Triple Test .....	14
2.2.4 Interphase-FISH-Test .....	15
2.3 Invasive Untersuchungsmethoden.....	15
2.3.1 Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) .....	16
2.3.2 Chorionzottenbiopsie / Plazentabiopsie .....	18
2.3.3 Cordozentese (Nabelschnurpunktion) .....	20
2.3.4 Fetoskopie (Fruchtspiegelung) .....	21
2.4 Tabellarische Übersicht über alle Methoden .....	23
2.5 Pränatal diagnostizierbare Behinderungen und Krankheiten .....	24
2.5.1 Numerische Chromosomen-Anomalien .....	25
2.5.2 Geschlechtschromosomen-Anomalien .....	28
2.5.3 Neuralrohrdefekte.....	30
2.5.4 Erbkrankheiten .....	31
3. Selektive Abtreibungen .....	34
3.1 Rechtliche Grundlagen / Gesetzgebung.....	34
3.1.1 Embryonenschutzgesetz.....	35
3.1.2 Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 .....	37
3.1.3 Schwangerschaftsabbruch nach § 218a StGB .....	40
3.2 Medizinische Grundlagen.....	42
3.2.1 Abtreibungen im ersten Trimester .....	42
3.2.2 Abtreibungen im zweiten Trimester .....	43
3.2.3 Spätabtreibungen in Verbindung mit intrauterinem Feto- zid.....	45
4. Die Folgen von Pränataldiagnostik und selektiven Abtreibungen für das gesellschaftliche Bild von Behinderung .....	47
4.1 Folgen der routinemäßigen Anwendung von pränataler Diagnostik.....	47
4.1.1 Zunahme der Angstindikationen .....	49

4.1.2 Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik .....	52
4.2 Folgen selektiver Abtreibungen .....	54
4.2.1 Handlungsmöglichkeiten nach dem Erhalt eines pathologischen Befundes .....	54
4.2.2 Folgen der Überarbeitung des § 218.....	55
4.2.3 Schwangerschaftsabbruch als therapeutische Maßnahme? .....	58
4.3 Ethische und moralische Aspekte bezüglich pränataler Diagnostik.....	61
4.3.1 Kritik an der unterschiedlichen rechtlichen Stellung von Fötus und Neugeborenem .....	61
4.3.2 Abtreibung versus Sterbehilfe .....	62
4.3.3 Exkurs: Selektion der Geschlechter in Indien und China.....	64
4.4 Der Einfluss vorgeburtlicher Diagnostik auf unser Menschenbild .....	64
4.4.1 Unser Bild von Behinderung.....	67
4.4.1 Kosten-Nutzen-Berechnungen .....	70
4.4.2 Lebensrechtsdebatte.....	72
5. Persönliche Stellungnahme .....	77
6. Quellenverzeichnis .....	81
7. Anhang.....	86
7.1 Alte und aktuelle Fassung des § 218 .....	86
7.2 Versicherung.....	93

„Wir streben nach dem Unerreichbaren und verhindern so die Verwirklichung des Möglichen.“

Robert Audrey

## **1. Einleitung**

Pränatale Diagnostik ist eine junge Disziplin, die sich erst im vergangenen Jahrhundert entwickelt hat und noch heute in der Entwicklung steckt. Immer wieder stoßen Forscher auf neue Erkenntnisse und verändern das Angebot an pränatal-diagnostischen Methoden.

Viele Menschen sind der Auffassung, dass vorgeburtliche Diagnostik in der Lage sei, Behinderung zu verhindern. Tatsache ist jedoch, dass diese Untersuchungsmethoden lediglich zur Identifikation behinderter Föten führen, deren Geburt allerdings erst durch selektive Abtreibungen verhindert werden kann.

Würde man routinemäßig bei jeder schwangeren Frau pränatale Diagnostik durchführen und bestünde gleichzeitig ein Konsens, dass behinderte Föten abgetrieben werden sollten, so würde zwar die Rate diagnostizierbarer genetisch bedingter Behinderungen gegen Null streben, man würde dabei jedoch völlig vernachlässigen, dass 90% der Behinderungen im Laufe eines Lebens entstehen. Gerade der medizinische Fortschritt und die intensivmedizinischen Möglichkeiten bei Frühgeburten retten das Leben von Kindern, die noch vor wenigen Jahren verstorben wären. Sie überleben jedoch meist mit mehr oder weniger schweren körperlichen und kognitiven Einschränkungen.

Doch gerade der Glaube, Pränataldiagnostik könne Behinderung vermeiden, hat enorme Auswirkungen auf das Leben behinderter Menschen, die trotz oder gerade wegen des medizinischen und technischen Fortschrittes heute geboren werden.

Da allerdings die Zusammenhänge ein wenig komplizierter sind, als sie vielleicht auf den ersten Blick erscheinen, ist es wichtig, diese ausführlich darzustellen. Es geht mir dabei nicht darum, meine persönliche Meinung zu Pränataldiagnostik und selektiven Abtreibungen mitzuteilen. Ich möchte mich weder der Seite der Befürworter noch der Seite der Gegner einer Pränataldiagnostik zuordnen lassen. Mein Ziel ist, die wichtigsten Aspekte in dieser Diskussion darzustellen und deren Auswirkungen auf das gesellschaftliche Bild von Behinderung zu erläutern.

Warum ich mich gerade für dieses Thema entschieden habe, ist sehr einfach zu erklären. Als letzten Herbst meine beste Freundin einen Sohn bekam, überlegte ich mir bereits Monate vor seiner Geburt, was passieren würde, wenn er mit einer Behinderung geboren würde. Ich war mir sicher, dass meine beste Freundin unter keinen

Umständen eine Abtreibung zulassen würde, dennoch führte mich ihre bevorstehende Geburt zu der Frage, was ich tun würde, wenn man mir mitteilte, dass mein Kind behindert wäre.

Ich denke, es macht einen großen Unterschied, ob man mit behinderten Kindern arbeitet oder mit ihnen in einer Familie lebt. Sonderpädagogen wird eine verständnisvolle und offene Haltung gegenüber Behinderten zugeschrieben. Ihre Arbeit ist gesellschaftlich gut angesehen, während man aber Müttern behinderter Kinder eher kritisch gegenübertritt.

Ich beschäftigte mich also schon vor dem Beginn meiner wissenschaftlichen Arbeit mit dem Thema Pränataldiagnostik und sehe dies als eine Chance, mich tiefergehend mit dieser Thematik zu befassen und für mich wichtige Erkenntnisse zu gewinnen.

Ich möchte anhand dieser wissenschaftlichen Arbeit aufzeigen, welchen Einfluss vorgeburtliche Diagnostik und die Selbstverständlichkeit, mit der heute selektive Abtreibungen vorgenommen werden, auf unser Menschenbild und folglich auch auf unsere Sicht auf Behinderung haben.

Ich werde daher zuerst auf die verfügbaren pränataldiagnostischen Verfahren und die wichtigsten diagnostizierbaren Behinderungen und Erkrankungen eingehen. Anschließend möchte ich die rechtlichen und medizinischen Grundlagen für einen (selektiven) Schwangerschaftsabbruch darstellen. Meinen Schwerpunkt lege ich auf die Folgen von Pränataldiagnostik und damit auf die selektiven Abtreibungen und deren Einfluss auf unser Bild von Behinderung. Dieser Teil meiner Arbeit umfasst viele wichtige gesellschaftliche, ethische, moralische aber auch individuelle Aspekte, die in ihrer Gesamtheit wechselseitigen Einfluss auf vorgeburtliche Diagnostik haben.

Ich werde im Folgenden für die Beschreibung einzelner Berufsgruppen, aus Gründen der Lesbarkeit, die männliche Pluralform verwenden.

Es wird sehr oft die Rede von Embryonen, Föten und Ungeborenen sein. Mir ist durchaus bewusst, dass man unter einem *Embryo* die Leibesfrucht bis zur Vollendung des ersten Schwangerschaftsdrittels spricht. Ab dem vierten Schwanger-



schaftsmonat, also nach Abschluss der Embryonalphase, verwendet man bis zur Geburt den Begriff *Fötus*.<sup>1</sup>

Ich persönlich werde die Begriffe synonym verwenden. In vielen Fällen wird die Phase, in der sich das Ungeborene befindet, völlig bedeutungslos für das sein, was ich schildere. Ist die Phase, in der sich das Ungeborene befindet jedoch von Bedeutung, so werde ich dies besonders betonen.

---

<sup>1</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 4.

## **2. Pränatale Diagnostik (PND)**

Im Folgenden werde ich auf die bekannten pränataldiagnostischen Methoden eingehen. Diese in aller Ausführlichkeit zu beschreiben, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Ich werde daher versuchen, mich auf die wichtigsten Fakten zu beschränken und damit einen groben Überblick über die Materie geben.

Obwohl die Ultraschalluntersuchung bereits seit 1948 medizinische Verwendung fand, wurden die ersten Verfahren der Pränataldiagnostik in den späten 1950er Jahren entwickelt.<sup>2</sup>

Die älteste invasive Methode ist die Amniozentese. In Deutschland wurde sie erstmals 1970 durchgeführt.<sup>3</sup>

Bereits acht Jahre später wurde sie allen schwangeren Frauen ab 39 Jahren angeboten, in den 1980ern wurde das Alter auf 35 Jahre herabgesenkt.<sup>4</sup>

1982 wurde die Cordozentese zur fetalen Blutentnahme sowie zur Bluttransfusion eingeführt.<sup>5</sup>

Zwei Jahre später führte man die Chorionzottenbiopsie, sowie den AFP-Test ein, der bereits vier Jahre später zum Triple Test erweitert wurde. Auch die Fetoskopie wurde in den 1980ern entwickelt.<sup>6</sup>

### **2.1 Definition und Begriffsklärung**

WILKEN beschreibt pränatale Diagnostik als „alle vorgeburtlichen Untersuchungen [...], die zum Ziel haben, spezifische Risiken für Schädigungen oder Krankheiten zu erkennen.“<sup>7</sup>

Man spricht auch von selektiver Diagnostik, da sie gezielt nach Normabweichungen sucht und daraufhin selektiert. Neben der Suche nach fötalen Auffälligkeiten besitzt

---

<sup>2</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 6; vgl. Flaspöhler, S. (2009): Leben mit einem behinderten Kind? S. 40.

<sup>3</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 76.

<sup>4</sup> Vgl. Lux, V. (2005): Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, S. 17.

<sup>5</sup> Vgl. Arz de Falco, A. (1996): Töten als Anmassung – Lebenlassen als Zumutung, S. 34.

<sup>6</sup> Vgl. Reif, M. (1990): Frühe Pränataldiagnostik und genetische Beratung, S. 6; vgl. Lux, V. (2005): Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, S. 17.

<sup>7</sup> Wilken, E. (2002): Pränatale Diagnostik und Häufigkeit des Down-Syndroms, S. 159.

vorgeburtliche Diagnostik jedoch noch eine weitere Funktion. Sie soll gesundheitliche Risiken für die Schwangere und ihr Ungeborenes verhindern.<sup>8</sup>

Dieser Aspekt gewinnt besonders dann an Bedeutung, wenn es um die Frage geht, welche Entbindungsart die sicherste und schonendste für Mutter und Kind ist.

In der Pränataldiagnostik unterscheidet man zwischen invasiven und nicht-invasiven Methoden. Da invasive Methoden im Gegensatz zu nicht-invasiven in Gebärmutter und Fruchtblase eindringen, bringen diese Methoden auch immer ein Fehlgeburtsrisiko mit sich.

## **2.2 Nicht-invasive Untersuchungsmethoden**

Nicht-invasiv bedeutet, dass ein Eindringen in die Gebärmutter nicht nötig ist und die Ergebnisse entweder direkt nach der Untersuchung vorliegen, oder nur wenige Tage darauf. Es besteht zudem kein Risiko einer Fehl- oder Frühgeburt aufgrund der Untersuchung.

Der Trend in der Humangenetischen Forschung ist nach KRÖGER eindeutig: „angestrebt wird eine pränatale Diagnostik, die mit nicht-invasiven Verfahren zu einem möglichst frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft durchgeführt werden kann.“<sup>9</sup>

### **2.2.1 Sonografie (Ultraschalluntersuchung)**

Seit mehr als dreißig Jahren gehört diese nicht-invasive Untersuchungsmethode routinemäßig zur Schwangerenvorsorge.<sup>10</sup>

Anhand von ausgesendeten Schallwellen wird bei der Ultraschalluntersuchung ein Bild vom Ungeborenen in der Gebärmutter erstellt.<sup>11</sup>

Die vom Schallkopf ausgesandten Ultraschallwellen stoßen in der Gebärmutter auf unterschiedlich dichtes Gewebe. Das reflektierte Echo wird vom Ultraschallgerät in elektrische Impulse umgewandelt und ein Schwarzweißbild erstellt.<sup>12</sup>

---

<sup>8</sup> Vgl. Lux, V. (2005): Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, S. 8 und S. 23.

<sup>9</sup> Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 13.

<sup>10</sup> Vgl. Krone, S. (1992): Das ungeborene Kind, S. 67.

<sup>11</sup> Vgl. ebd., S. 68.

Von der 6. bis zur 14. Schwangerschaftswoche kann die Sonografie vaginal durchgeführt werden, anschließend ist sie nur noch über die Bauchdecke möglich. Pro Schwangerschaftsdrittel wird laut Mutterschaftsrichtlinien regulär eine Ultraschalluntersuchung angeboten. Das bedeutet: jeweils eine in der 9. – 12., 19. – 22. und 29. – 32. Schwangerschaftswoche. Zusätzliche Screenings müssen diagnostisch begründet werden.<sup>13</sup>

Der Vorteil einer Sonografie besteht darin, dass die Ergebnisse direkt im Anschluss an die Untersuchung vorliegen.

Eine Sonografie gibt Auskunft über das Vorliegen einer Schwangerschaft und bestimmt deren Stadium. Es ist bereits früh erkennbar, ob es sich um Mehrlinge handelt. Sitz und Struktur der Plazenta, die Blutversorgung von Plazenta und Ungeborenem sowie die Fruchtwassermenge werden überprüft. Treten Blutungen während der Schwangerschaft auf, ist der Arzt in der Lage, mithilfe eines Screenings nach der Ursache zu suchen. Äußere, aber auch organische Fehlbildungen beim Ungeborenen können festgestellt werden. Gelegentlich finden sich – beispielsweise bei einer Nackenfaltenmessung – Anhaltspunkte für Chromosomenstörungen. Der Arzt erhält Angaben über Reife, Wachstum, Lage und Organfunktionen des Fötus. Zudem kann die Herztätigkeit des Fötus kontrolliert werden. Dies ist sowohl während der Geburt, als auch bei der Vorbereitung und Überwachung invasiver Methoden möglich.<sup>14</sup>

Werden bereits im ersten Schwangerschaftsdrittel Auffälligkeiten beim Embryo erkannt, sind diese meistens so schwerwiegend, dass die Schwangerschaft nicht fortgesetzt werden kann.<sup>15</sup>

Auch das Geschlecht eines Kindes ist früh anhand einer Sonografie erkennbar, darf in Deutschland jedoch erst im zweiten Trimester, nach Verstreichen der gesetzlichen Frist zur Abtreibung bei sozialer Indikation, mitgeteilt werden.<sup>16</sup>

Eine Ultraschalluntersuchung soll Sorgen und Ängste beseitigen, die viele Frauen bezüglich der Gesundheit ihrer Ungeborenen haben. Bei einem negativen Befund fühlen sie sich sicherer und können guten Gewissens auf risikoreichere invasive Methoden verzichten. Besteht jedoch der Verdacht auf eine fötale Behinderung, so ist

---

<sup>12</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 80.

<sup>13</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 20.

<sup>14</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 36; vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 20f.

<sup>15</sup> Vgl. Krone, S. (1992): Das ungeborene Kind, S. 67.

<sup>16</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 75.

die Sonografie häufig der Einstieg in risikoreichere Untersuchungen. Ein reales Bild vom Fötus, über den Monitor eines Ultraschallgerätes, kann jedoch einigen Frauen die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch nach pathologischem Befund enorm erschweren.

Dadurch, dass die Ultraschalluntersuchung jede Schwangere begleitet, ist sie die Untersuchungsmethode, mit der die meisten Fehlbildungen oder Auffälligkeiten erkannt werden. Da jedoch Sonografien nicht immer eindeutige Ergebnisse liefern und somit Fehldiagnosen möglich sind, ziehen sie häufig weiterführende Untersuchungen nach sich. Diese Ungenauigkeiten können vor allem daran liegen, dass sich der Fötus in einer ungünstigen Position befindet, oder dass die Fruchtwassermenge nicht ausreicht, um ein klares Bild zu erzielen. Weitere Gründe können Narbengewebe am Bauch der Mutter oder Übergewicht sein.<sup>17</sup>

Wenn anhand eines Routine-Ultraschalls Auffälligkeiten entdeckt wurden, so wird die Schwangere meist zur Feindiagnostik in eine spezielle Klinik mit besonders sensiblen Ultraschallgeräten überwiesen. Bestätigt sich auch hier der erste Befund, so wird eine Farbdopplersonografie angeboten, die Auskunft über die Durchblutung wichtiger Gefäße gibt und erst nach der 20. Schwangerschaftswoche angewendet werden kann, da die eingesetzte Energie zehnfach höher ist, als bei einer normalen Ultraschalluntersuchung.<sup>18</sup>

Bislang ist nichts darüber bekannt, ob die Wärmeentwicklung durch Ultraschall negative Auswirkungen auf das Ungeborene hat.<sup>19</sup>

### **2.2.2 Ersttrimester-Screening**

Zwischen der 11. und 13. Schwangerschaftswoche findet das Ersttrimester-Screening statt, das aus mehreren unterschiedlichen Untersuchungen besteht.<sup>20</sup>

Mithilfe einer Blutuntersuchung werden zunächst Hormon- und Eiweißwerte der Schwangeren erfasst. Anschließend wird die Nackentransparenz des Fötus anhand einer Sonografie gemessen. Sammelt sich im Nackenbereich, unter der Haut des Ungeborenen, Flüssigkeit an, so ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass das Kind mit

---

<sup>17</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 14.

<sup>18</sup> Vgl. ebd., S. 36f.

<sup>19</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 21.

<sup>20</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 19.

einer Trisomie geboren wird. Allerdings bringen Nackentransparenz-Tests häufig falsch-positive oder falsch-negative Ergebnisse, da Wasseransammlungen im Nackenbereich nur vorübergehend in Erscheinung treten. Falsch-positiv bedeutet, dass ein Kind trotz verdickter Nackenfalte gesund zur Welt kommen kann, während bei falsch-negativem Befund ein Kind ohne auffällige Nackenfalte mit einer Chromosomenabweichung geboren wird. Bei der Auswertung des Screenings werden die Größe des Fötus und das Alter der Schwangeren berücksichtigt, da ältere Frauen ein größeres Risiko haben, ein Kind mit einer Chromosomenaberration zu gebären. Das Ergebnis gibt lediglich Hinweise auf eine Risikowahrscheinlichkeit, die jedoch keinerlei verlässliche Aussagen hinsichtlich des fötalen Chromosomensatzes macht. Ist die Nackenfalte verdickt und handelt es sich nachweislich nicht um eine Chromosomenaberration, so ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass das Kind mit einem Herzfehler geboren wird.<sup>21</sup>

Die Suche nach einer auffälligen Nackentransparenz ist jedoch nur ein Teil des Frühscreenings. Der Arzt sucht nach weiteren „Soft Markern“, die ihm Auskunft geben sollen, ob das Kind Fehlbildungen oder Krankheiten aufweist. Zu solchen Markern zählen eine veränderte Kopfform, die Länge der Gliedmaßen oder des Nasenbeins.<sup>22</sup> Wenn ein Fötus bestimmte Marker aufweist, bedeutet das nicht automatisch, dass er fehlgebildet zur Welt kommen wird. Es handelt sich lediglich um erste Anhaltspunkte, die gegebenenfalls einer genaueren und tiefergehenden Überprüfung bedürfen. Auch hier ist die Methode häufig der Einstieg in risikoreichere Untersuchungen.

Beim Frühscreening handelt es sich also lediglich um die Berechnung von Wahrscheinlichkeiten einer Behinderung, jedoch nicht um konkrete Diagnosen. Denn 95% – 97% aller Föten, bei denen anhand eines Frühscreenings eine verdickte Nackenfalte entdeckt wird, haben keinerlei Chromosomenaberrationen.<sup>23</sup>

Daran sieht man, dass der erste Verdacht häufig unbegründet ist und die auffälligen Werte die werdende Mutter unnötig verunsichern und ängstigen können. Statistische Risikoberechnungen dienen lediglich der Entscheidung für oder gegen invasive Untersuchungsmethoden, zur Abklärung des Befundes, nicht aber der Feststellung einer fötalen Behinderung.

---

<sup>21</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 20; vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 27.

<sup>22</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 20.

<sup>23</sup> Vgl. ebd.

### **2.2.3 Triple Test**

Zwischen der 16. und 18. Schwangerschaftswoche wird der schwangeren Frau Blut abgenommen und auf drei Substanzen untersucht. Aus den Werten, die sich aus dem Verhältnis zweier Hormone (HCG, Östriol) und des Alphafetoproteins (AFP) ergeben, wird zusammen mit dem genauen Schwangerschaftsstadium sowie dem Alter und Gewicht der Schwangeren das Risiko für bestimmte fötale Fehlbildungen errechnet. Innerhalb einer Woche liegt ein Befund vor, der Angaben hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit für Chromosomenabweichungen (wie beispielsweise Trisomie 21) und Neuralrohrdefekte macht. Da in die statistische Berechnung auch das Alter der Mutter eingeht, müssen ältere Frauen generell mit einem auffälligen Befund rechnen. Die meisten Kinder kommen dennoch trotz erhöhtem Risiko gesund zur Welt. Der Test kann zudem lediglich *Hinweise* auf bestimmte Behinderungsarten geben. Symptome oder die Schwere der Behinderung sind anhand des Tests nicht ermittelbar.<sup>24</sup> Ist beispielsweise der AFP-Wert erhöht, so kann ein Neuralrohrdefekt (Spina bifida oder Anenzephalie) vorliegen. Ist der AFP-Wert erniedrigt, so kann dies ein Hinweis auf Trisomie 21 sein.

Es handelt sich laut KIRCHNER-ASBROCK / KURMANN um „eine Risikoberechnung bezogen auf ein statistisches Durchschnittsrisiko hinsichtlich eines Down-Syndroms und mögliche Hinweise auf einen Neuralrohrdefekt beim Ungeborenen“<sup>25</sup>.

Bei erhöhten AFP-Werten kann es sich allerdings auch um eine Zwillingsschwangerschaft, eine Lebererkrankung oder vorausgegangene Blutungen handeln, während erniedrigte Werte durch eine Zuckerkrankheit der Mutter hervorgerufen werden können.<sup>26</sup>

Ist das Schwangerschaftsalter der Schwangeren nicht exakt zu bestimmen, so können keine genauen Angaben zu möglichen Fehlbildungen beim Ungeborenen gemacht werden.

Eine unnötige Verunsicherung schwangerer Frauen durch falsch-positive Befunde kann der Einstieg in risikoreichere Untersuchungen sein.

---

<sup>24</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 21 und S. 38.

<sup>25</sup> Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 26.

<sup>26</sup> Vgl. Krone, S. (1992): Das ungeborene Kind, S. 65.

Daher ist es nicht verwunderlich, dass ein positiver Triple Test neben der Altersindikation den häufigsten Grund für eine Entscheidung für weiterführende invasive Methoden darstellt.<sup>27</sup>

Diese Untersuchung zählt zu den individuellen Gesundheitsleistungen und wird nur bei medizinischer Notwendigkeit von den Krankenkassen übernommen.<sup>28</sup>

#### **2.2.4 Interphase-FISH-Test**

Bei der Interphase-FISH-Diagnostik (FISH = Fluorescent In Situ Hybridization) werden ab der 6. Schwangerschaftswoche aus dem mütterlichen Blut fötale Zellen gewonnen und auf Chromosomenveränderungen untersucht.<sup>29</sup>

Diese Methode befindet sich jedoch noch in der Erprobungsphase und mit Testergebnissen kann zudem erst mehrere Wochen nach der Blutentnahme gerechnet werden.<sup>30</sup>

Da der Test schon sehr früh in der Schwangerschaft durchgeführt werden kann, ermöglicht er anschließend gegebenenfalls eine frühe Abtreibung.<sup>31</sup>

Nach ARZ DE FALCO ist „Ziel dieses neuen Verfahrens die „Schadensbegrenzung“, im Sinne einer möglichst frühzeitigen Abklärung genetischer Defekte und eines, somit eventuell im ersten Trimester durchführbaren, physisch wie psychisch weniger belastenden Schwangerschaftsabbruchs.“<sup>32</sup>

### **2.3 Invasive Untersuchungsmethoden**

Hierbei handelt es sich um in den Körper eingreifende Methoden, die Gebärmutter und Fruchtblase durchdringen müssen und somit den natürlichen Schutz, der den Fötus umgibt, verletzen und beschädigen.<sup>33</sup>

---

<sup>27</sup> Vgl. Lux, V. (2005): Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, S. 29.

<sup>28</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 39.

<sup>29</sup> Vgl. Willenbring, M. (1999): Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind, S. 33; vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 13.

<sup>30</sup> Vgl. Willenbring, M. (1999): Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind, S. 33.

<sup>31</sup> Vgl. Arz de Falco, A. (1996): Töten als Anmassung – Lebenlassen als Zumutung, S. 35.

<sup>32</sup> Ebd.

<sup>33</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 18.



Mithilfe invasiver Methoden können fötale Zellen, Blut oder Gewebe entnommen werden, die anschließend anhand von Chromosomenanalysen, DNA-Analysen oder biochemische Analysen untersucht werden.<sup>34</sup>

Laut KRÖGER handelt es sich bei den invasiven Methoden im Gegensatz zu den nicht-invasiven um Untersuchungsmethoden, die mit einem potentiellen Risiko behaftet sind, das hauptsächlich darin besteht, dass eine Fehlgeburt aufgrund von Fruchtwasserverlust, medikamentös nicht beeinflussbaren Wehen oder einer Blutung ausgelöst werden kann.<sup>35</sup>

Bei einer Amniozentese liegt das Risiko einer Fehlgeburt bei etwa 0,5% bis 1%, während es bei einer Chorionzottenbiopsie etwa zwischen 0,5% und 2% liegt. Hatte die Schwangere bereits einmal eine Fehlgeburt, so steigt das Risiko erneut eine Fehlgeburt zu erleiden leicht an. Sind in der aktuellen Schwangerschaft bis zu diesem Zeitpunkt bereits Blutungen aufgetreten, so steigt das Risiko einer Fehlgeburt auf bis zu 4%.<sup>36</sup>

Um Komplikationen infolge eines invasiven Eingriffs zu vermeiden, ist es erforderlich eine Injektion mit Anti-D-Immunglobulin vorzunehmen, sofern das Blut der Mutter Rhesus-negativ und das des Vaters Rhesus-positiv ist. Andernfalls könnte fötales Blut – sofern das kindliche Blut Rhesus-positiv ist – in den mütterlichen Blutkreislauf gelangen und eine Unverträglichkeitsreaktion auslösen. Bei einer ersten Schwangerschaft hätte dies keine Auswirkungen, bei einer darauffolgenden Schwangerschaft mit gleicher Konstellation könnte dies jedoch gesundheitliche Folgen für das Kind nach sich ziehen.<sup>37</sup>

### **2.3.1 Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung)**

Bei der Amniozentese wird mithilfe einer Hohlnadel Fruchtwasser aus der Fruchtblase entnommen. In der entnommenen Fruchtwasserprobe befinden sich fötale Zellen,

---

<sup>34</sup> Vgl. Lux, V. (2005): Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, S. 32.

<sup>35</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 7.

<sup>36</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 18.

<sup>37</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 96, S. 113 und S. 128.

die über den Urin des Fötus oder anhand abgeschuppter Hautzellen ins Fruchtwasser gelangt sind und Auskunft über fötale Fehlbildungen geben können.

Der Eingriff lässt sich transabdominal (durch die Bauchdecke), sowie transzervikal (durch Scheide und Muttermund) durchführen. Da jedoch die transabdominale Technik weniger riskant ist, wird sie vorwiegend eingesetzt.<sup>38</sup>

Die Fruchtwasserentnahme kann zwischen der 14. und 20. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden und ein Ergebnis liegt innerhalb von zwei Wochen vor. Ein Schnelltest kann jedoch bereits nach einem Tag Angaben hinsichtlich einer Trisomie 13, 18 oder 21 sowie der Anzahl der Geschlechtschromosomen machen. Dieses schnelle Ergebnis sollte dennoch durch eine zweite Überprüfung bestätigt werden, da das Schnelltestverfahren, ebenso wie Fröhamniozentesen, die bereits zwischen der 9. und 14. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden können, als wenig zuverlässig gilt.<sup>39</sup>

Die Untersuchung ergibt Informationen über die Anzahl und Struktur der Chromosomen sowie über das Vorhandensein eines Neuralrohrdefektes. Zudem sind eine DNA-Analyse (zur Feststellung vererbbarer Krankheiten und Behinderungen) und eine AFP-Bestimmung möglich. Die Untersuchung dient also hauptsächlich schwangeren Frauen, die ein erhöhtes Risiko für ein Kind mit einer Chromosomenabweichung haben. Sie wird entweder angewendet, weil ein Ultraschall oder andere nicht-invasive Methoden Auffälligkeiten angezeigt haben, wenn eine Frau bereits ein oder mehrere Fehlgeburten mit Verdacht auf Chromosomenaberration hatte, wenn ein Geschwisterkind von einer Chromosomenaberration oder einem Neuralrohrdefekt betroffen ist oder eine bestimmte Erbkrankheit diagnostiziert wurde. Die Methode wird auch angeboten, wenn bei Rhesus-negativen Frauen die Antikörperwerte erhöht sind und bei Verdacht auf eine Toxoplasma-Infektion.<sup>40</sup>

Mittels dieser Untersuchungsmethode kann auch das Geschlecht des Ungeborenen bestimmt werden.<sup>41</sup>

Ein positiver Befund kann kaum eine Aussage über den Schweregrad oder die Ausprägung einer Behinderung oder Krankheit treffen. Das Fehlgeburtsrisiko liegt zwi-

---

<sup>38</sup> Vgl. Schmid, F. (1987): Das Down-Syndrom, S. 39.

<sup>39</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 38; vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 9.

<sup>40</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 38; vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 22.

<sup>41</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 22.

schen 0,5% und 1%. Wehen, leichte Blutungen, Fruchtwasserverlust, Krämpfe, fötale Verletzungen und Infektionen zählen zu den Risiken und Nebenwirkungen, die auch noch zwei bis drei Wochen nach dem Eingriff auftreten können. Die lange Wartezeit kann emotional belastend sein und es kann vorkommen, dass die Untersuchung wiederholt werden muss. Dadurch, dass das Ergebnis erst spät vorliegt, muss bei einem Schwangerschaftsabbruch meist eine vorzeitige Geburt eingeleitet werden.<sup>42</sup>

Ist die Fruchtwassermenge zu gering, so ist ein uneindeutiger Befund möglich. Falsch-positive und falsch-negative Befunde sind daher denkbar.<sup>43</sup>

Gelangt mütterliches Blut (Rhesus-negativ) in den fötalen Blutkreislauf (Rhesus positiv) und hat die Mutter während einer vorausgegangenen Schwangerschaft bereits Antikörper gebildet, kann es zu einer Isoimmunisierung – also einer Unverträglichkeitsreaktion – kommen.<sup>44</sup>

Unter Umständen ist, abhängig vom mütterlichen Alter, das Risiko einer Fehlgeburt höher als das Risiko für die Geburt eines behinderten Kindes.<sup>45</sup>

### **2.3.2 Chorionzottenbiopsie / Plazentabiopsie**

Die Chorionzottenbiopsie wurde ursprünglich in China zur Geschlechtsbestimmung entwickelt. Ihr Einsatz diente der Bevölkerungskontrolle und hatte häufig zur Folge, dass weibliche Föten abgetrieben wurden. Innerhalb der letzten dreißig Jahre etablierte sich diese Methode auch in den USA und in Europa, wo sie heute vorwiegend zur Feststellung fötaler Schädigungen verwendet wird.<sup>46</sup>

Die Chorionzotten stellen den kindlichen Anteil des Gewebes dar, aus dem sich später die Plazenta bildet. Sie werden entweder transzervikal (durch Scheide und Muttermund) oder häufiger transabdominal (über die Bauchdecke) entnommen. Die Gewebeentnahme erfolgt mithilfe einer Hohlnadel, die in die Gebärmutter eingeführt

---

<sup>42</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 39; vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 22f; vgl. Krone, S. (1992): Das ungeborene Kind, S. 78; vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 102ff.

<sup>43</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 101.

<sup>44</sup> Vgl. ebd., S. 102ff.

<sup>45</sup> Vgl. Gäch, A. (1990): Pränataldiagnostik-Boom, S. 63.

<sup>46</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 108.

wird. Anschließend ist eine Chromosomenanalyse und eventuell eine gezielte DNA-Analyse möglich.<sup>47</sup>

Diese Chorionzottenbiopsie kann zwischen der 10. und 12. Schwangerschaftswoche angewendet werden. Wird diese Art der Untersuchung nach der 13. Schwangerschaftswoche vorgenommen, nennt man sie Plazentabiopsie.<sup>48</sup>

Das Ergebnis einer Direktpräparation, die noch am Tag der Entnahme durchgeführt wird, oder einer Kurzinkubation über Nacht liegt nach spätestens acht Tagen vor. Eine Langzeitkultur benötigt etwa zwei Wochen und wird zur Absicherung des Befundes vorgenommen.<sup>49</sup>

Die Chorionzottenbiopsie wird durchgeführt, um Chromosomenabweichungen, Stoffwechselstörungen und vererbte Krankheiten, wie beispielsweise Muskel- und Stoffwechselerkrankungen, zu erkennen. Man verwendet sie auch zur Geschlechtsbestimmung und um auffällige Sonografien zu überprüfen.<sup>50</sup>

Neuralrohrdefekte können mithilfe dieser Methode nicht diagnostiziert werden.<sup>51</sup>

Nur in den seltensten Fällen ist eine Therapie möglich, weshalb positive Befunde häufig einen Schwangerschaftsabbruch nach sich ziehen. Über den Schweregrad oder die Ausprägung einer Krankheit oder Behinderung erfährt man anhand der Ergebnisse nichts. Die Untersuchung muss wiederholt werden, wenn versehentlich mütterliche anstelle kindlicher Zellen entnommen wurden. Ein Mosaikbefund, bei dem ein Teil der untersuchten Zellen chromosomal unauffällig ist und der andere Teil Veränderungen aufweist, tritt in 1,5% der Fälle auf. In solch einem Fall muss meist die Untersuchung wiederholt werden, oder das Ergebnis der Langzeitkultur zur Ergebnissicherung abgewartet werden. Der Grund für solche Mosaikbefunde ist, dass sich das Choriongewebe bereits ab einem sehr frühen Entwicklungsstadium getrennt vom Fötus weiterentwickelt. Da die gewonnene Gewebeprobe sowohl Zellen aus dem Mutterkuchen als auch fötale Zellen enthalten kann, sind Fehldiagnosen möglich. Das Fehlgeburtsrisiko liegt bei 0,5% bis 2%. Nach dem Eingriff können Schmer-

---

<sup>47</sup> Vgl. Reif, M. (1990): Frühe Pränataldiagnostik und genetische Beratung, S. 6; vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 24.

<sup>48</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 38; vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 25.

<sup>49</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 38; vgl. Reif, M. (1990): Frühe Pränataldiagnostik und genetische Beratung, S. 7; vgl. Krone, S. (1992): Das ungeborene Kind, S. 73.

<sup>50</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 38; vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 24.

<sup>51</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 119.

zen und Blutungen auftreten. In seltenen Fällen kann der Eingriff Missbildungen an Fingern, Zehen, Zunge oder Unterkiefer des Fötus verursachen.<sup>52</sup>

Auch Infektionen sind denkbar. Da hohes Fieber eine natürliche Abwehrreaktion auf Infektionen ist, kann es zu einer Wärmestauung kommen, welche wiederum eine Fehlgeburt auslösen kann.<sup>53</sup>

Dadurch, dass die Chorionzottenbiopsie jedoch in einer Schwangerschaftsphase durchgeführt wird, in der spontane Fehlgeburten nichts Ungewöhnliches sind, ist schwer zu sagen, wie viele Fehlgeburten tatsächlich die Folge dieses Eingriffs sind.

Frühe Durchführung und geringe Wartezeit machen es möglich, dass der Befund rechtzeitig vorliegt, um einen Schwangerschaftsabbruch zu ermöglichen, bei dem die Einleitung einer Geburt nicht erforderlich ist. Dies ist vor allem eine psychische Entlastung für die Schwangere, da die Schwangerschaft unter Umständen noch nicht für Außenstehende sichtbar ist und Kindsbewegungen nicht spürbar sind.

### **2.3.3 Cordozentese (Nabelschnurpunktion)**

Die Cordozentese ist eine Methode, bei der ab der 16. Schwangerschaftswoche mithilfe einer Hohlnadel fötales Blut aus dem Nabelschnuransatz entnommen werden kann. Anschließend ist es möglich, das Blut auf seltene Erbkrankheiten, fötale Infektionen, Muskel-, Blut- oder Stoffwechselerkrankungen zu untersuchen. Zudem wird die Nabelschnurpunktion angeboten, um eine mögliche Rhesus-Unverträglichkeit festzustellen und um einen nicht eindeutigen Befund der Amniozentese oder der Chorionzottenbiopsie zu überprüfen.<sup>54</sup>

Da der mütterliche und der fötale Blutkreislauf voneinander getrennt sind, erlaubt der Test die direkte Untersuchung des fötalen Blutes.<sup>55</sup>

Bei der Nabelschnurpunktion handelt es sich um eine der wenigen Methoden, die Therapiemöglichkeiten bieten. Beispielsweise ist bei einer kindlichen Blutarmut (Rhe-

---

<sup>52</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 39; vgl. Reif, M. (1990): Frühe Pränataldiagnostik und genetische Beratung, S. 8; vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 24f.

<sup>53</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 121.

<sup>54</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 28; vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 38.

<sup>55</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 125.

sus-Unverträglichkeit) eine Bluttransfusion möglich, bei Infektionen können dem Ungeborenen entweder direkt oder über den Blutkreislauf der Mutter Medikamente zugeführt werden. Auch fehlende Hormone, Enzyme und Proteine können dem Fötus direkt verabreicht werden. Allerdings liegt das Fehlgeburtsrisiko bei 1% bis 3%.<sup>56</sup>

Zu den Risiken zählt, dass während des Eingriffs der Fötus verletzt werden kann. Es ist auch denkbar, dass Arterien des Uterus perforiert werden oder Blut in der Nabelschnur gerinnt. Nach dem Eingriff kann es zu Blutungen, Infektionen oder einer Immunisierung bei Rhesusunverträglichkeit kommen. Es ist möglich, dass die Blutentnahme keinen eindeutigen Befund liefert, wenn die Nabelschnur nicht richtig getroffen wurde oder sich das fötale Blut während der Blutentnahme mit Fruchtwasser vermischt.<sup>57</sup>

#### **2.3.4 Fetoskopie (Fruchtspiegelung)**

Bei der Fetoskopie wird ein Endoskop transzervikal oder transabdominal in die Fruchtblase eingeführt. Dieses Endoskop ermöglicht dem Arzt, den Fötus zu betrachten, und Haut- oder Leberproben zu entnehmen. Dadurch können äußere Fehlbildungen, sowie vererbte Haut- und Blutkrankheiten diagnostiziert werden. Die Fetoskopie kann zwischen der 15. und 22. Schwangerschaftswoche angewandt werden, wird jedoch nur noch selten durchgeführt, da der Eingriff risikoreich ist und das Fehlgeburtsrisiko bei mindestens 3% liegt.<sup>58</sup>

Zu den Risiken zählen mitunter Blutungen, eine Amnionruptur, Infektionen und Schädigungen der Augen.<sup>59</sup>

Bis Mitte der 1980er Jahre wurde die Fetoskopie meist dazu verwendet, eine Nabelschnurpunktion unter Sicht durchzuführen. Sie wurde Schwangeren empfohlen bei dringendem Verdacht auf eine schwere Fehlbildung, zur Überprüfung vorausgegangener Tests oder zur Ermittlung des Schweregrades einer bereits festgestellten Be-

---

<sup>56</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 39; vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 28; vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 126.

<sup>57</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 133f.

<sup>58</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 28; vgl. Krone, S. (1992): Das ungeborene Kind, S. 75.

<sup>59</sup> Arz de Falco, A. (1996): Töten als Anmassung – Lebenlassen als Zumutung, S. 33f.

hinderung, wie beispielsweise einer per Ultraschall diagnostizierten Lippenpalte oder fehlender Gliedmaßen.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> Vgl. Krone, S. (1992): Das ungeborene Kind, S. 75; vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 134.

## 2.4 Tabellarische Übersicht über alle Methoden

### Nicht-invasive Methoden:

Methode	Zeitraum	Wartezeit auf Befund	Erkennbare Fehlbildungen	Risiken	Sicherheit der Ergebnisse
Sonografie	Vaginal: 6. bis 14. SSW. Über die Bauchdecke gesamte Schwangerschaft möglich	Keine	Chromosomenveränderungen, Neuralrohrdefekte, LKGS, Klumpfuß, Herzerkrankungen	Keine	Keine eindeutigen Diagnosen
Ersttrimester-Screening	11. bis 13. SSW	Siehe Sonografie und Triple Test	Chromosomenveränderungen, Herzfehler	Siehe Sonografie und Triple Test	Wahrscheinlichkeitsberechnung
Triple Test	16. bis 18. SSW	1 Woche	Chromosomenveränderungen, Neuralrohrdefekte	Übliche Risiken einer Blutentnahme	Wahrscheinlichkeitsberechnung
Interphase-FISH-Test	Ab 6. SSW	Mehrere Wochen	Chromosomenveränderungen, Erbkrankheiten	Übliche Risiken einer Blutentnahme	Noch in Erprobungsphase

### Invasive Methoden:

Methode	Zeitraum	Wartezeit auf Befund	Erkennbare Fehlbildungen	Risiken	Sicherheit der Ergebnisse
Amniozentese	14. bis 20. SSW. (Frühamniozentese: 9. bis 14. SSW)	2 Wochen	Chromosomenveränderungen, Neuralrohrdefekte, Erbkrankheiten (Z.B. Muskel- oder Stoffwechselstörungen) Infektionen	Fehlgeburt (0,5 bis 1%), Wehen, Blutung, Fruchtwasserverlust, fötale Verletzung, Rhesussensibilisierung	Relativ hoch
Chorionzottenbiopsie	10. bis 12. SSW. (Plazentabiopsie ab 13. SSW)	1 bis 8 Tage (Langzeitkultur: 2 Wochen)	Chromosomenveränderungen, Erbkrankheiten (Z.B. Stoffwechselstörungen)	Fehlgeburt (0,5 bis 2%), Infektion, fötale Verletzung, Rhesussensibilisierung	Relativ hoch
Cordozentese	Ab 16. SSW	2 bis 4 Tage	Chromosomenveränderungen, Neuralrohrdefekte, Infektionen, Erbkrankheiten (Z.B. Muskel-, Blut- und Stoffwechselerkrankungen)	Fehlgeburt (1 bis 3%), Blutung, Infektion, fötale Verletzung, Rhesussensibilisierung	Relativ hoch
Fetoskopie	15. bis 22. SSW	keine	Neuralrohrdefekte, Haut- und Blutkrankheiten, Klumpfuß, LKGS	Fehlgeburt (3%), Blutung, Amnionruptur, Infektion, fötale Verletzung	abhängig von Art der Fehlbildung



## **2.5 Pränatal diagnostizierbare Behinderungen und Krankheiten**

Laut WILLENBRING weisen lediglich 4% aller Neugeborenen eine ganz oder teilweise genetisch bedingten Erkrankung oder Fehlbildung auf. Von ihnen sind etwa 0,5% von einer Chromosomenanomalie, etwa 1% von einer monogenen Erbkrankheit und die restlichen 2,5% von polygenen Erkrankungen betroffen. Die Rate der Chromosomenanomalien ist bei Neugeborenen deshalb so niedrig, da die meisten Chromosomenanomalien zu einer spontanen Fehlgeburt führen. Von den monogenen Erkrankungen sind etwa 5.000 Einzelgendefekte bekannt, von denen wiederum nur etwa 5% pränatal diagnostizierbar sind. Die Gruppe der genetisch bedingten Erkrankungen und Fehlbildungen umfasst sowohl Krankheiten, die mit dem Leben nicht vereinbar sind, als auch minimale „Schönheitsfehler“. Diagnostiziert der Arzt einen genetisch bedingten Defekt, kann er keinerlei Prognosen bezüglich möglicher Folgen anstellen, da die Behinderungen individuell stark variieren.<sup>61</sup>

Neben den genetischen Ursachen, gibt es weitere Gründe für die pränatale Entstehung fötaler Behinderungen oder Erkrankungen. Infektionen mit Toxoplasmose können beispielsweise Entzündungen von Leber, Herz oder Gehirn zur Folge haben. Eine Rötelninfektion bis zur 18. Schwangerschaftswoche kann Hör- oder Sehschäden, sowie Lernbehinderung bis geistige Behinderung verursachen, während eine Infektion mit dem gleichen Erreger nach der 18. Schwangerschaftswoche lediglich Entwicklungsverzögerungen nach sich ziehen kann. Aber auch Medikamente und Umwelteinflüsse wie Chemikalien oder Strahlung, sowie Drogen, Nikotin und Alkohol können Auslöser für Fehlbildungen sein. Laut BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE sind etwa 95,5% aller Behinderungen nicht angeboren, sondern haben ihre Ursache in Unfällen, Krankheiten oder sind altersbedingt.<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup> Vgl. Willenbring, M. (1999): Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind, S. 28f.

<sup>62</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 24.

### **2.5.1 Numerische Chromosomen-Anomalien**

#### Trisomie 21 (Down-Syndrom):

Trisomie 21 kann relativ zuverlässig mithilfe invasiver Methoden diagnostiziert werden. Hinweise auf das Vorliegen dieser Behinderung ergeben sich aber gelegentlich auch durch eine Sonografie oder einen Triple Test.

In Deutschland ist von etwa 600 Neugeborenen eines betroffen. Trisomie 21 ist mit Abstand die am häufigsten diagnostizierte Chromosomenstörung, wenn man bedenkt, dass es sich in etwa 50% aller vorgeburtlich diagnostizierbaren Chromosomenanomalien um Trisomie 21 handelt.<sup>63</sup>

Kennzeichnend für diesen Befund ist, dass das 21. Chromosom dreimal vorhanden ist, anstatt zweimal. Dieses zusätzliche Chromosom stört die genetische Balance und verursacht dadurch Wachstums- und Funktionsveränderungen.<sup>64</sup>

Bei 95% der Menschen mit Down-Syndrom liegt eine einfache oder freie Trisomie 21 vor. Es handelt sich dabei um eine spontan auftretende und nicht erbliche Form. Bei 2% der Fälle treten Mosaikformen auf. Das bedeutet, dass durchaus Zellen mit normaler Chromosomenzahl existieren, aber eben auch Zellen mit einem zusätzlichen Chromosom 21. Bei 3% der Patienten liegen Translokationsformen vor, die von einem Elternteil übertragen werden können. Das bedeutet, dass das zusätzliche Chromosom 21 – oder lediglich ein Teil des Chromosoms – an ein anderes Chromosom gebunden ist.<sup>65</sup>

Als wissenschaftlich anerkannt gilt, dass die Wahrscheinlichkeit, ein Kind mit Down-Syndrom zu gebären, mit zunehmendem Alter der Schwangeren ansteigt. Das Alter der Väter scheint dabei keine, oder zumindest keine bedeutende Rolle zu spielen. Wird ein Kind mit Trisomie 21 geboren, so muss es nicht automatisch krank sein. Lediglich bei einem Teil der Betroffenen tritt diese Behinderung zusammen mit schweren organischen Erkrankungen, wie beispielsweise einem Herzfehler, auf. Obwohl die Intelligenz der Betroffenen als eingeschränkt gilt, ist dies jedoch keine Aussage, die man verallgemeinern sollte, da Intelligenz und Entwicklungschancen, wie auch bei nichtbehinderten Kindern, stark von der Förderung abhängen.<sup>66</sup>

---

<sup>63</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 27; vgl. Willenbring, M. (1999): Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind, S. 29.

<sup>64</sup> Vgl. Halder, C. (2000): Down-Syndrom, S. 8.

<sup>65</sup> Vgl. Schmid, F. (1987): Das Down-Syndrom, S. 30 und S. 35; vgl. Halder, C. (2000): Down-Syndrom, S. 10.

<sup>66</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 29.

Die Lebenserwartung von Menschen mit Down-Syndrom ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Sie liegt heute bei etwa sechzig Jahren und unterscheidet sich somit nur noch geringfügig von der Lebenserwartung von Menschen ohne Down-Syndrom.<sup>67</sup>

#### Trisomie 18 (Edward-Syndrom):

Im Gegensatz zu Trisomie 21 ist beim Edward-Syndrom nicht das 21. Chromosom, sondern das 18. Chromosom dreifach vorhanden.

Zur Häufigkeit dieser Anomalie schrieben KIRCHNER-ASBROCK / KURMANN noch vor etwa zehn Jahren, dass diese Chromosomenstörung ungefähr einmal je 6.000 Geburten auftritt.<sup>68</sup>

REITTER / SCHLÖßER geben heute an, dass etwa eine von 3.000 Schwangerschaften vom Edward-Syndrom betroffen ist. Die Wahrscheinlichkeit für einen intrauterinen Tod des Fötus geben sie mit etwa 70% an. In zwei Drittel der Fälle handelt es sich um Mädchen.<sup>69</sup>

Eine Wachstumsretardierung kann schon während der Schwangerschaft auf die das Vorliegens einer Trisomie 18 hinweisen. Es können jedoch keine Prognosen zum postnatalen Entwicklungsverlauf eines betroffenen Kindes gestellt werden.<sup>70</sup>

Mögliche Folgen dieser Chromosomenveränderung sind mentale Retardierung oder schwere geistige Fehlentwicklungen, Wachstumsstörungen und diverse organische Fehlbildungen. Auch wiederkehrende Infektionen und Ernährungsprobleme sind nicht ungewöhnlich. Zudem ist die vorgeburtliche, beziehungsweise frühkindliche Sterblichkeit extrem hoch. Handelt es sich jedoch um einen Mosaikbefund, so verfügt das Kind über eine bessere Lebenserwartung und weist weniger stark ausgeprägte Symptome auf.<sup>71</sup>

In über 90% der Fälle versterben die betroffenen Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres. Meist tritt der Tod bereits innerhalb der ersten Lebenswochen ein. Zu den häufigsten Todesursachen zählen Atemstillstand verbunden mit zerebralen

---

<sup>67</sup> Vgl. Halder, C. (2000): Down-Syndrom, S. 13.

<sup>68</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 31.

<sup>69</sup> Vgl. Reitter, A. / Schlößer, R. (2008): Perinatalmedizin in Fällen, S. 158f.

<sup>70</sup> Vgl. ebd., S. 157f.

<sup>71</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 31; vgl. Reitter, A. / Schlößer, R. (2008): Perinatalmedizin in Fällen, S. 158.

Anomalien und Herzversagen, obwohl nur etwa die Hälfte der Betroffenen komplexe Herzfehlbildungen aufweisen. Die Intensivmedizin ermöglicht heute bei einigen Kindern mit Trisomie 18 die operative Korrektur von Fehlbildungen. Durch diese Operationen kann die Lebenszeit in 25% der Fälle auf über ein Jahr verlängert werden. Etwa 1% der betroffenen Kinder werden bis zu zehn Jahren oder älter.<sup>72</sup>

#### Trisomie 13 (Patau-Syndrom):

Nach der Trisomie 21 und der Trisomie 18 ist die Trisomie 13 die dritthäufigste numerische Chromosomenanomalie.<sup>73</sup>

Ein erstes Anzeichen für dieses Syndrom kann eine Wachstumsretardierung während der Schwangerschaft sein.

Vor etwa zehn Jahren gaben KIRCHNER-ASBROCK / KURMANN an, dass diese Chromosomenveränderung bei etwa einer von 10.000 Geburten vorkomme. Sie erwähnten ebenfalls, dass schwere Fehlentwicklungen häufig schon pränatal oder im Laufe der ersten Lebensmonate zum Tode führten.<sup>74</sup>

REITTER / SCHLÖßER geben heute an, dass das Patau-Syndrom bei einer von 5.000 Schwangerschaften auftritt, während die Hälfte der Föten bereits intrauterin verstirbt und nur sehr wenige von ihnen das erste Lebensjahr erreichen.<sup>75</sup>

Kombiniert man die Angaben der Autoren, so wird deutlich, dass zwar eine von 5.000 Schwangerschaften vom Patau-Syndrom betroffen ist, jedoch nur jeder zweite Fötus bis zur Geburt überlebt.

Kinder mit Patau-Syndrom, die lebend zur Welt kommen, versterben anschließend meist in den ersten Lebenswochen. Nur 5% der Neugeborenen werden älter als sechs Monate. In einzelnen Ausnahmefällen erreichen Kinder mit Trisomie 13 das Kleinkindalter. Wie auch beim Edward-Syndrom ist Herzversagen in Verbindung mit Herzfehlbildungen und Infektionen eine der häufigsten Todesursachen. Überleben die Kinder eine längere Zeit, so ist in allen Fällen die mentale Entwicklung schwerst gestört, zusätzlich treten auffällig häufig bösartige Erkrankungen auf.<sup>76</sup>

---

<sup>72</sup> Vgl. Reitter, A. / Schlößer, R. (2008): Perinatalmedizin in Fällen, S. 157f.

<sup>73</sup> Vgl. ebd., S. 170.

<sup>74</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 31.

<sup>75</sup> Vgl. Reitter, A. / Schlößer, R. (2008): Perinatalmedizin in Fällen, S. 158f.

<sup>76</sup> Vgl. ebd., S. 170.

## **2.5.2 Geschlechtschromosomen-Anomalien**

Neben Veränderungen der Autosomen können mithilfe pränataldiagnostischer invasiver Methoden auch Geschlechtschromosomenabweichungen diagnostiziert werden, die entweder ausschließlich weibliche Föten – wie das Turner-Syndrom oder Trisomie X – oder ausschließlich männliche Föten betreffen – wie das Klinefelter-Syndrom oder das XXY-Syndrom.<sup>77</sup>

Von Trisomie X ist etwa eine von 1.000 weiblichen Geburten betroffen, während vom XXY-Syndrom etwa eine von 1.000 männlichen Geburten betroffen ist.<sup>78</sup>

Im Folgenden möchte ich auf das Klinefelter-Syndrom und das Turner-Syndrom eingehen.

### **Klinefelter-Syndrom:**

Von 650 männlichen Neugeborenen ist etwa eines von dieser Chromosomenfehlverteilung betroffen. Zusätzlich zu den üblichen Geschlechtschromosomen für Männer (XY) liegt ein zweites X-Chromosom vor. In Deutschland ist das Klinefelter-Syndrom bei etwa 80.000 Männern bekannt, während man davon ausgehen kann, dass bei vielen weiteren Männern die Chromosomenaberration nie erkannt werden wird, da sie keinerlei Symptome zeigen. Die häufigsten Symptome sind leichte Entwicklungsverzögerungen bei normaler Intelligenz und eine überdurchschnittliche Körpergröße. Die körperliche und geistige Entwicklung muss bei den betroffenen Jungen jedoch nicht zwangsläufig verzögert sein. Durch eine verminderte Testosteron-Produktion kann die Pubertät ausbleiben und in den meisten Fällen sind die Männer zeugungsunfähig.<sup>79</sup>

Noch immer ist nicht geklärt, welche Ursachen zu dieser Chromosomenfehlverteilung während der Zellteilungsphase führen. Das Klinefelter-Syndrom scheint jedoch häufiger als das Turner-Syndrom bei älteren Müttern aufzutreten.<sup>80</sup>

---

<sup>77</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 30; vgl. Neuer-Miebach, T. / Tarneden, R. (1994): Vom Recht auf Anderssein, S. 226.

<sup>78</sup> Vgl. Willenbring, M. (1999): Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind, S. 29.

<sup>79</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 26; vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 30.

<sup>80</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 30.

### Ullrich-Turner-Syndrom:

Die Angaben zur Häufigkeit des Auftretens des Ullrich-Turner-Syndroms variieren stark.

REITTER / SCHLÖßER sprechen davon, dass das Turner-Syndrom bei einer von 2.500 *Schwangerschaften* auftritt, wobei etwa 60% der Föten bereits intrauterin versterben.<sup>81</sup>

Die BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE macht zum Vorkommen andere Angaben. Von 2.500 weiblichen *Neugeborenen* soll etwa eines betroffen sein.<sup>82</sup>

Beide Angaben stammen aus dem Jahr 2008. Ich persönlich kann schlecht beurteilen, welche der Angaben nun der Wahrheit entspricht und muss daher annehmen, dass etwa ein bis zwei Kinder von 5.000 (weiblichen) Neugeborenen vom Ullrich-Turner-Syndrom betroffen sein können.

Den betroffenen Frauen fehlt in allen oder nur in manchen Körperzellen ein X-Chromosom. Zusätzlich kann das zweite X-Chromosom strukturell verändert sein. Wie beim Klinefelter-Syndrom sind die Mädchen normal intelligent, ihre Körpergröße ist gering, gelegentlich treten Teilleistungsstörungen auf und mit seltenen Ausnahmen sind auch sie unfruchtbar. Da das Ullrich-Turner-Syndrom in seiner Ausprägung stark variiert, treten bei einigen Frauen schwerwiegende Herz- oder Nierenfehlbildungen auf, während andere Frauen kaum Symptome zeigen. Wie auch beim Klinefelter-Syndrom brechen schwangere Frauen bei dieser Diagnose in zwei Drittel der Fälle die Schwangerschaft ab.<sup>83</sup>

Generell kann man jedoch sagen, dass das Turner-Syndrom verglichen mit anderen Chromosomenanomalien über allgemein gute Prognosen verfügt und mithilfe einer meist notwendigen Hormontherapie behandelt werden kann.<sup>84</sup>

---

<sup>81</sup> Vgl. Reitter, A. / Schlößer, R. (2008): Perinatalmedizin in Fällen, S. 165.

<sup>82</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 27.

<sup>83</sup> Vgl. ebd.; vgl. Reitter, A. / Schlößer, R. (2008): Perinatalmedizin in Fällen, S. 164.

<sup>84</sup> Vgl. Reitter, A. / Schlößer, R. (2008): Perinatalmedizin in Fällen, S. 165; vgl. Neuer-Miebach, T. / Tarneden, R. (1994): Vom Recht auf Anderssein, S. 225.

### **2.5.3 Neuralrohrdefekte**

Neuralrohrdefekte bezeichnen Fehlbildungen, bei denen der Schädel oder die Wirbelsäule nicht vollständig geschlossen sind. Sie entstehen etwa in den ersten sechs Wochen der Embryonalphase. Über die Ursachen von Neuralrohrdefekten ist bisher wenig bekannt, es scheint unabhängig vom Alter der Eltern aufzutreten.<sup>85</sup>

Zu den Neuralrohrdefekten gehört unter anderem Spina bifida. Es handelt sich dabei um eine Fehlbildung der Rückenwirbel, bei der das Rückenmark nicht vollständig geschützt ist und an manchen Stellen freiliegt. Das kann dazu führen, dass das Rückenmark geschädigt wird. Sind Nerven von diesen Schädigungen betroffen, so kommt es zu Lähmungen. Je nachdem, auf welcher Höhe und wie gravierend das Rückenmark beschädigt ist, sind bestimmte Körperregionen nur leicht oder massiv von Lähmungen betroffen.

Bei einem Teil der betroffenen Kinder kommt es zu Querschnittslähmungen, die sich auch auf Blase und Darm auswirken können.<sup>86</sup>

In 80% der Fälle wird Spina bifida von einem Hydrozephalus begleitet. Meist wird dann direkt nach der Geburt ein Shunt gelegt, der überflüssiges Gehirnwasser über einen Schlauch in den Bauchraum ableitet.<sup>87</sup>

Noch vor zehn Jahren war laut KIRCHNER-ASBROCK / KURMANN etwa eines von 350 Neugeborenen von Spina bifida – dem am häufigsten auftretenden Neuralrohrdefekt – betroffen.<sup>88</sup>

Heute spricht die BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE davon, dass in Deutschland bei 2.000 Geburten etwa ein bis zwei Neugeborene von Spina bifida betroffen sind.<sup>89</sup>

Die Zahl der Neugeborenen scheint in den letzten zehn Jahren gesunken zu sein. Es lassen sich jedoch keine Angaben dazu finden, ob Spina bifida seltener auftritt oder häufiger abgetrieben wird.

---

<sup>85</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 31.

<sup>86</sup> Vgl. ebd.

<sup>87</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 25.

<sup>88</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 31.

<sup>89</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 25.

Ein weiterer Neuralrohrdefekt ist die Anenzephalie, bei der sich Teile der Schädeldecke und des Gehirns nicht entwickeln. Die betroffenen Kinder versterben entweder intrauterin, oder kurz nach der Geburt. Diese Fehlbildung tritt bei 10.000 Geburten etwa einmal auf.<sup>90</sup>

#### **2.5.4 Erbkrankheiten**

Erbkrankheiten können autosomal dominant, autosomal rezessiv, geschlechtsgebunden, multifaktoriell bedingt oder durch Chromosomenaberrationen vererbt werden. Das Risiko, an einer Erbkrankheit zu erkranken, variiert je nachdem, welchem Erbgang sie folgt.<sup>91</sup>

##### Autosomal dominante Erbkrankheiten:

Dieser Erbgang bedeutet, dass ein Elternteil erkrankt ist und in 50% der Fälle die Krankheit an seine Kinder vererbt. Beispiele für autosomal dominante Erbkrankheiten sind: Chorea Huntington (Erkrankung des Nervensystems, die erst im Alter von 35 bis 45 Jahren auftritt), das Marfan-Syndrom (Knochen- und Muskelveränderungen), familiäre Hypercholesterolämie (erhöhter Cholesterinspiegel im Blut), Achondroplasia (Wachstumsstörung der Knorpel) und Retinoblastom (bösartiger Netzhauttumor).<sup>92</sup>

##### Autosomal rezessive Erbkrankheiten:

Diese Form der Vererbung bedeutet, dass beide Eltern Träger einer Krankheit sind. In 25% der Fälle ist das Kind nicht von der Krankheit betroffen, mit der gleichen Wahrscheinlichkeit – also zu 25% – wird die Krankheit vererbt. Bei 50% der Kinder handelt es sich um Überträger der Krankheit, die jedoch selbst keine Symptome zeigen. Beispiele für autosomal rezessive Erbkrankheiten sind: Mukoviszidose (Stoffwechselerkrankung), Phenylketonurie (angeborene Stoffwechselstörung), Rhesusinkompatibilität, Sichelzellenanämie (erbliche Blutkrankheit), Tay-Sachssche Krankheit und Thalassämie.<sup>93</sup>

---

<sup>90</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 31.

<sup>91</sup> Vgl. Wüstner, K. (2000): Genetische Beratung, S. 116.

<sup>92</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 174; vgl. Neuer-Miebach, T. / Tarneden, R. (1994): Vom Recht auf Anderssein, S. 231.

<sup>93</sup> Vgl. Neuer-Miebach, T. / Tarneden, R. (1994): Vom Recht auf Anderssein, S. 227ff; vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 173.



Bei bestimmten Bevölkerungsgruppen ist die Wahrscheinlichkeit, an einer bestimmten rezessiven Erbkrankheit zu erkranken leicht erhöht. Beispielsweise tritt die Tay-Sachssche Krankheit vermehrt bei Juden mit Vorfahren unter den Aschkenasim auf, während Dunkelhäutige, Menschen hispanischer oder kapverdischer Abstammung ein höheres Risiko besitzen, an Sichelzellenanämie zu erkranken. Thalassämie tritt wiederum vermehrt bei Italienern, Griechen, Arabern oder Südostasiaten auf und Mukoviszidose bei Weißen mit Vorfahren aus Nord- oder Westeuropa.<sup>94</sup>

#### Geschlechtsgebundene Erbkrankheiten:

Diese Erbkrankheiten werden meist rezessiv über ein defektes mütterliches X-Chromosom vererbt. Handelt es sich also um eine rezessive Vererbung, so sind 50% der männlichen Nachfahren betroffen. Weibliche Nachfahren können Überträgerinnen sein, bei denen die Krankheit nicht ausbricht. In extrem seltenen Fällen bricht jedoch auch bei Ihnen die Krankheit aus, wenn beide Elternteile ein defektes X-Chromosom in sich tragen. Beispiele für geschlechtsgebundene Vererbung sind Hämophilie (Gerinnungsstörung des Blutes), Fragiles X-Syndrom, Mukopolysaccharidose-Syndrom (Stoffwechselstörung) und Duchenne-Muskeldystrophie.<sup>95</sup> Leidet der Vater an einer solchen Erkrankung, so sind alle seine Töchter Überträgerinnen aber keiner seiner Söhne erkrankt an der gleichen Krankheit.<sup>96</sup>

#### Multifaktorielle Erbkrankheiten:

Dies bedeutet, dass Fehlbildungen durch eine Kombination aus Erbanlagen und Umwelteinflüssen verursacht werden. Beispiele hierfür sind Neuralrohrdefekte wie Anenzephalie oder Spina bifida, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Hydrozephalus, Klumpfuß und angeborene Herzerkrankungen.<sup>97</sup>

Um zumindest das Risiko einer Behinderung, die durch biologische, chemische oder mechanische Umweltfaktoren mitbeeinflusst wird, so gering wie nur möglich zu halten, sollten Frauen besonders während der Embryonalphase vorsichtig sein. In dieser Phase der Schwangerschaft bilden sich die Gliedmaßen des Kindes. Schädliche

---

<sup>94</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 173.

<sup>95</sup> Vgl. Neuer-Miebach, T. / Tarneden, R. (1994): Vom Recht auf Anderssein, S. 232.

<sup>96</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 175.

<sup>97</sup> Vgl. Neuer-Miebach, T. / Tarneden, R. (1994): Vom Recht auf Anderssein, S. 235f.

Umwelteinflüsse könnten diesen komplizierten Ablauf stören und bestimmte Behinderungen verursachen.<sup>98</sup>

---

<sup>98</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 179 und S. 181.

### **3. Selektive Abtreibungen**

Als die ersten pränataldiagnostischen Methoden entwickelt wurden, änderte sich 1976 der § 218 StGB und die eugenische Indikation erlaubte von nun an die Abtreibung behinderter Föten. Diese Gesetzesänderung sollte der pränataldiagnostischen Forschung einen Sinn geben und die Anwendung der Methoden rechtfertigen. Doch schon 1995 wurde der Paragraf erneut überarbeitet und die eugenische Indikation gestrichen, weil man befürchtete, sie könne Behinderte diskriminieren und ihnen einen Lebenswert absprechen.

Heute werden allerdings noch immer Föten unter eugenischen Gesichtspunkten abgetrieben, nur dass man dabei von einer Gefahr für Körper und Psyche der Schwangeren spricht und nicht von der Behinderung des Kindes. Die medizinische Indikation legt sozusagen einen Schleier über die eugenische Indikation und die Gesellschaft toleriert diese selektiven Abtreibungen. Die Folgen sind sowohl individuell, im sozialen Umfeld Schwangerer, als auch gesellschaftlich zu spüren.

#### **3.1 Rechtliche Grundlagen / Gesetzgebung**

Die Gesetzgebung ist mitunter dafür verantwortlich, dass pränatale Diagnostik heute vermehrt angewendet wird. Ärzte sind rechtlich dazu verpflichtet, Schwangere ab 35 Jahren auf die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik hinzuweisen, wobei viele Ärzte dazu neigen, bereits jüngeren Frauen vorgeburtliche Diagnostik anzubieten. Dies liegt daran, dass die Tendenz steigt, Ärzte aufgrund von Kunstfehlern gerichtlich zu belangen.<sup>99</sup>

Derartige Schadensersatzklagen und Schmerzensgeldforderungen sind in den USA unter dem Namen „wrongful-birth“ bekannt und wurden Anfang der 1970er Jahre erstmals auch in Deutschland geführt. Man unterscheidet solche Prozesse in Fälle, bei denen aufgrund einer fehlerhaft durchgeführten Sterilisation eines Elternteils ein (nichtbehindertes) Kind geboren wird und in Fälle, bei denen aufgrund einer fehlerhaften ärztlichen Betreuung vor oder während der Schwangerschaft ein behindertes Kind zur Welt kommt. Die zweite Fallgruppe wirft dem Arzt vor, dass beispielsweise

---

<sup>99</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 20f; vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 6.

durch eine unterlassene oder fehlerhafte genetische Beratung oder pränatale Diagnostik die Nichtzeugung oder Abtreibung des Kindes verhindert wurde.<sup>100</sup>

Wird ein behindertes Kind nach mangelnder Beratung geboren, stehen den Eltern Unterhaltszahlungen für das Kind als Schadensersatz zu. Rechtlich stellt allerdings nicht das Kind den Schaden dar, sondern die finanzielle Mehrbelastung für die Eltern.<sup>101</sup>

Um Schadensersatzforderungen zu vermeiden, beraten manche Ärzte lieber zu viel als zu wenig.

### **3.1.1 Embryonenschutzgesetz**

Das Embryonenschutzgesetz (ESchG), das im Januar 1991 in Kraft trat, verbot bisher Präimplantationsdiagnostik in Deutschland und hatte zur Folge, dass Embryonen im Reagenzglas nicht genetisch überprüft werden durften.<sup>102</sup>

Präimplantationsdiagnostik meint, dass einem durch künstliche Befruchtung (= In-vitro-Fertilisation) im Reagenzglas gezeugten achtzelligen Embryo eine Zelle entfernt und genetisch untersucht wird. Ergeben sich daraufhin Hinweise auf einen Gendefekt, so wird der Embryo entweder vernichtet oder tiefgefroren eingelagert. Ist kein Gendefekt erkennbar, so wird er der Frau spätestens 24 Stunden nach der Entnahme in die Gebärmutter eingesetzt.<sup>103</sup>

Bisher bestand eine enorme Diskrepanz zwischen Embryonenschutzgesetz und Schwangerschaftsabbruch nach § 218 StGB. Diese besondere Strenge in der Embryonenforschung einerseits und die Lockerheit bezüglich Spätabtreibungen andererseits stießen auf viel Unverständnis.

In Deutschland war es lediglich erlaubt, an toten oder als nicht entwicklungsfähig eingestuften Embryonen zu forschen, während in den USA bis zu zwei Wochen nach der Zeugung an Embryonen geforscht werden darf.<sup>104</sup>

Noch 2004 schloss KRÖGER nicht aus, dass Deutschland das Embryonenschutzgesetz schon in wenigen Jahren an den internationalen Trend anpassen würde.<sup>105</sup>

---

<sup>100</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 81.

<sup>101</sup> Vgl. Willenbring, M. (1999): Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind, S. 39.

<sup>102</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 13 und S. 17.

<sup>103</sup> Vgl. ebd., S. 17.

<sup>104</sup> Vgl. Wunder, M. (1994): Prävention und neue Bioethik, S. 118.

Dies ist nun – nur wenige Wochen vor Fertigstellung meiner wissenschaftlichen Hausarbeit – geschehen. Seit dem 07. Juli 2010 kann die Präimplantationsdiagnostik auch in Deutschland eingesetzt werden, um Erbkrankheiten und Spätabtreibungen zu verhindern.

Der fünfte Strafsenat des Bundesgerichtshofs erklärte durch seinen Grundsatzentscheid vom 07. Juli 2010, dass Präimplantationsdiagnostik an künstlich erzeugten Embryonen zur Feststellung embryonaler Fehlbildungen nicht gegen das Embryonenschutzgesetz verstoße. Somit sind von nun an Gentests sowie morphologische „Qualitätskontrollen“ in Verbindung mit künstlicher Befruchtung zulässig. Bedenklich ist, dass dadurch der potenzielle Missbrauch der Präimplantationsdiagnostik zur Auswahl bestimmter Embryonen gesellschaftliche Selektionsphantasien vorantreiben könnte. Unverantwortlich wäre eine Selektion, die in Zukunft vielleicht sogar durch die Auswahl genetischer Persönlichkeits- und Intelligenzmerkmale gekennzeichnet sein könnte.<sup>106</sup>

Der fünfte Strafsenat des Bundesgerichtshofs geht offensichtlich davon aus, dass die künstliche Befruchtung immer zum Zweck einer Schwangerschaft durchgeführt wird und sie trotz der Möglichkeit einer Präimplantationsdiagnostik nicht die Vernichtung des Embryos zur Folge hat. Der Senat betont, dass dieses Urteil nicht die unbegrenzte Selektion von Embryonen anhand genetischer Merkmale legalisieren soll, sondern lediglich bei schwerwiegenden genetischen Schädigungen angewendet werden könne.<sup>107</sup>

Diese Aussage ist schwer nachzuvollziehen, wenn man bedenkt, dass ein minimal fehlgebildeter oder in irgendeiner Art und Weise auffälliger Embryo mit Sicherheit keiner Frau in die Gebärmutter eingesetzt werden wird. Genau dieses Urteil könnte der erste Schritt in Richtung einer „Wunschkind-Indikation“<sup>108</sup> sein.

---

<sup>105</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 18.

<sup>106</sup> Vgl. Müller-Jung, J. (2010): Klarsicht im Reagenzglas, S. N1.

<sup>107</sup> Vgl. Schmidt, F. (2010): Mit dem Embryonenschutz vereinbar, S. 4.

<sup>108</sup> Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 102.

### **3.1.2 Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219**

Während der ersten zwölf Wochen einer Schwangerschaft steht der Schwangeren eine Schwangerenkonfliktberatung zu, die dem ungeborenen Leben Schutz bieten soll.

Die Beratung soll der Ermutigung der Schwangeren dienen, die Schwangerschaft fortzusetzen und ihr Perspektiven für ein Leben mit einem Kind eröffnen. Entschließt sich die Schwangere dennoch zum Schwangerschaftsabbruch, so ist dieser straffrei möglich. Seit 2009 ist auch eine Schwangerenberatung im Kontext der medizinischen Indikation, also nach der zwölften Schwangerschaftswoche, möglich und erwünscht.<sup>109</sup>

Durch die Gesetzgebung sind Ärzte zu einer solchen Beratung verpflichtet. Die Schwangere selbst darf jedoch entscheiden, ob sie die Beratung annimmt oder nicht.<sup>110</sup>

Es ist wichtig, dass bereits vor der Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Methoden zu Feststellung embryonaler Fehlbildungen eine Beratung stattfinden sollte, die nicht nur auf medizinische Aspekte, sondern auch auf psychosoziale und ethische Problemstellungen eingeht.<sup>111</sup>

Tatsächlich findet eine Beratung vor der Nutzung pränataldiagnostischer Methoden heute kaum noch statt.<sup>112</sup>

Aber auch nach der Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik hat die Schwangere ein Recht auf Beratung.

Beratungsstellen beraten unter anderem im Hinblick auf Methoden zum Schwangerschaftsabbruch, bei psychosozialen Konflikten in der Schwangerschaft, bei Fragen zur Familienplanung und bei einer möglichen Adoption. Auch Nachbetreuung bei Geburt oder Schwangerschaftsabbruch gehören zu ihren Tätigkeitsbereichen.<sup>113</sup>

---

<sup>109</sup> Vgl. BFSFJ (2010): Schwangerschaftsberatung §218, S. 7 und S. 12.

<sup>110</sup> Vgl. Flaspöhrer, S. (2009): Leben mit einem behinderten Kind? S. 42.

<sup>111</sup> Vgl. Lux, V. (2005): Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, S. 40.

<sup>112</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 35f.

<sup>113</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 40.

Der beratende Arzt ist zu einer unverzüglichen und für die Schwangere kostenfreien Beratung verpflichtet, sobald ihn eine Schwangere darum bittet. Möchte sie ihm gegenüber anonym bleiben, so ist ihr dies gestattet. Im Anschluss an die Beratung erhält die Schwangere eine Bescheinigung für die Inanspruchnahme einer Schwangerschaftskonfliktberatung. Diese Bescheinigung darf der Arzt nicht verweigern, wenn durch die Fortsetzung der Beratung die Fristenregelung des § 218 überschritten wird.<sup>114</sup>

Jedoch ist laut Schwangerschaftskonfliktgesetz kein Arzt dazu verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken.<sup>115</sup>

Bei einem positiven Befund muss der Arzt, der die Diagnose stellt, bezüglich medizinischer, psychischer und sozialer Aspekte des Befundes beraten und psychische und physische Entlastungsmöglichkeiten, wie beispielsweise eine vertiefende psychosoziale Beratung, zur Unterstützung aufzeigen. Gegebenenfalls kann er Ärzte hinzuziehen, die auf bestimmte Schädigungen und Behinderungen spezialisiert sind. Die Beratung sollte allgemein verständlich und ergebnisoffen sein.<sup>116</sup>

Entschließt sich die Schwangere nach einer dreitägigen Bedenkzeit nach Mitteilung der Diagnose dennoch zu einem Schwangerschaftsabbruch, so muss der Arzt sie über medizinische und psychische Aspekte eines solchen Eingriffs aufklären. Diese Frist soll dazu führen, dass die getroffene Entscheidung gut überlegt und fundiert tragfähig ist. Sie entfällt allerdings, wenn der Arzt eine gegenwärtige Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren feststellt. In jedem Fall muss die schwangere Frau bei der Feststellung einer medizinischen Indikation schriftlich bestätigen, dass eine Beratung, die Vermittlung zu einer Beratungsstelle oder der Verzicht darauf stattgefunden haben.<sup>117</sup>

Dies bedeutet nicht, dass jede Schwangere, die einen Abbruch vornehmen lassen möchte, zur Beratung verpflichtet ist, sondern lediglich, dass sich der behandelnde Arzt vor einer Klage wegen unterlassener Beratung schützen möchte.<sup>118</sup>

---

<sup>114</sup> Vgl. BFSFJ (2010): Schwangerschaftsberatung §218, S.13.

<sup>115</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 44.

<sup>116</sup> Vgl. BFSFJ (2010): Schwangerschaftsberatung §218, S.16.

<sup>117</sup> Vgl. ebd., S.17.

<sup>118</sup> Vgl. ebd., S.18.

Die Entscheidungsfindung wird vor allem durch persönliche, soziale und politische Normen und Werte beeinflusst.<sup>119</sup>

Es ist die Aufgabe des Arztes, individuell, umfassend und gut verständlich zu informieren, sodass die Schwangere die Möglichkeit erhält, aufgrund der neu gewonnenen Informationen eine eigenständige Entscheidung zu fällen.

Eine so weitreichende Entscheidung zu treffen, ist enorm belastend und mit der Eigenverantwortlichkeit wird der Schwangeren auch die Verantwortung für ihr Handeln zugeschrieben.

Meiner Meinung nach ist eine interdisziplinäre Beratung besonders wichtig. Nur wenn eine allumfassende Beratung gewährleistet werden kann, kann die Schwangere wirklich frei entscheiden. Sie muss die Möglichkeit haben, mit Angehörigen von behinderten Kindern und Jugendlichen zu sprechen, um sich möglichst selbst ein Bild darüber zu machen, ob sie den Anforderungen gerecht werden kann.

Die Schwangerschaftskonfliktberatung beinhaltet auch, dass die Schwangere den Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch begründet. Ihre Kooperation kann jedoch nicht erzwungen werden. Der Arzt informiert die Schwangere über medizinische, soziale und rechtliche Aspekte. Er erklärt ihr ihre Rechtsansprüche, sowie die des Kindes und versucht ihr somit die Entscheidung für die Fortsetzung der Schwangerschaft zu erleichtern.<sup>120</sup>

Es ist staatlich anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen strikt untersagt, mit Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, organisatorisch oder wirtschaftlich verbunden zu sind. Dadurch soll verhindert werden, dass die Zustimmung und Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen durch materielle Interessen beeinflusst wird.<sup>121</sup>

Es darf zudem auf keinen Fall vorkommen, dass ein und derselbe Arzt die Diagnose stellt und anschließend den Schwangerschaftsabbruch vornimmt. Man könnte sonst annehmen, dass er ein finanzielles Interesse am Abbruch habe und deshalb einseitig berate.

Wirtschaftliche und gesellschaftliche Interessen dürfen bei der Beratung sowie bei der pränatalen Diagnostik keine Rolle spielen.

---

<sup>119</sup> Vgl. Baitsch, H. / Sponholz, G. (1993): Genetische Beratung, Pränatale Diagnostik und was dann? S. 36.

<sup>120</sup> Vgl. BFSFJ (2010): Schwangerschaftsberatung §218, S.12.

<sup>121</sup> Vgl. ebd., S.14.



### **3.1.3 Schwangerschaftsabbruch nach § 218a StGB**

§ 218a beschreibt alle Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit ein Schwangerschaftsabbruch straffrei durchgeführt werden kann. Zwar sollte zuerst über Alternativen nachgedacht werden, wenn jedoch eine Adoption oder eine andere Lösung für die schwangere Frau nicht in Frage kommen, so muss der Arzt einem Schwangerschaftsabbruch zustimmen.

Die Indikationsregelung war das herausragende Merkmal der zwischen 1976 und 1992 geltenden Fassung des § 218. Sie ermöglichte einen straffreien Schwangerschaftsabbruch bei medizinischer, eugenischer oder sozialer Indikation. Bis auf die eugenische (auch kindliche oder embryopathische) Indikation, nach der man schwer fehlgebildete Föten bis zur 22. Schwangerschaftswoche abtreiben durfte, besteht die Indikationsregelung auch heute noch.<sup>122</sup>

Die embryopathische Indikation wurde 1976 sicherlich aufgrund des damaligen Standes der medizinischen Technik und der Entwicklung der vorgeburtlichen Diagnostik eingeführt.<sup>123</sup>

Denn erst die eugenische Indikation gab vorgeburtlicher Diagnostik einen Sinn. Ohne die Möglichkeit einer Abtreibung wäre das alleinige pränatale Wissen über fötale Schädigungen nutzlos gewesen.

Bis zur 22. Schwangerschaftswoche war es Schwangeren daher möglich, die Schwangerschaft straffrei abubrechen, sobald eine schwere fötale Schädigung diagnostiziert wurde.<sup>124</sup>

Als problematisch stellte sich jedoch bald heraus, dass man nicht pauschal sagen konnte, was unter einer schweren Schädigung zu verstehen war. Denn es gab keinen Katalog, der bestimmte Schädigungen auflistete, die so schwerwiegende Beeinträchtigungen mit sich brachten, dass man sie straffrei abtreiben durfte. Dies wäre zwar eindeutiger gewesen, aber auch deutlich diskriminierender und hätte den Lebenswert behinderter Menschen herabgesetzt.

---

<sup>122</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 14.

<sup>123</sup> Vgl. Willenbring, M. (1999): Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind, S. 35.

<sup>124</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 15.

Zwischen 1992 und 1995 entstand eine Übergangsregelung. Da die Rechtsprechungen von BRD und DDR weit auseinandergingen, musste § 218 nach der Wiedervereinigung erneuert werden.<sup>125</sup>

Seit 1995 ist ein Schwangerschaftsabbruch für alle Beteiligten grundsätzlich (bis auf wenige Ausnahmen) strafbar. Nimmt die Schwangere bis zur zwölften Schwangerschaftswoche an der Schwangerschaftskonfliktberatung einer anerkannten Beratungsstelle teil, und erhält sie daraufhin eine Bescheinigung, so kann sie nach Ablauf einer dreitägigen Bedenkzeit einen straffreien Schwangerschaftsabbruch von ihrem Arzt durchführen lassen.<sup>126</sup>

Die dreitägige Bedenkzeit beginnt mit dem ersten Tag nach dem Tag der Diagnosemitteilung. Sie endet mit Ablauf des dritten Tages. Ärzte, die die Frist nicht einhalten, begehen eine Ordnungswidrigkeit.<sup>127</sup>

Die medizinische Indikation (auch mütterliche Indikation) ermöglicht einen straffreien Schwangerschaftsabbruch dann, wenn die Schwangere durch die Fortsetzung der Schwangerschaft körperlichen oder seelischen Schaden nehmen würde.<sup>128</sup>

Dabei müssen die gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der schwangeren Frau nach ärztlicher Erkenntnis erwogen werden. Kann die Gefahr für das mütterliche Leben nicht auf andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden, so muss der Arzt einem Schwangerschaftsabbruch zustimmen.<sup>129</sup>

Die kriminologische Indikation (auch ethische Indikation) ermöglicht einen Schwangerschaftsabbruch, wenn sexueller Missbrauch von Kindern oder widerstandsunfähigen Personen, sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung zu einer Schwangerschaft geführt haben. Hierbei muss eine Frist von zwölf Schwangerschaftswochen eingehalten werden, damit der Abbruch nicht rechtswidrig ist.<sup>130</sup>

---

<sup>125</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 15.

<sup>126</sup> Vgl. BFSFJ (2010): Schwangerschaftsberatung §218, S. 8.

<sup>127</sup> Vgl. ebd., S.20f.

<sup>128</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 33.

<sup>129</sup> Vgl. BFSFJ (2010): Schwangerschaftsberatung §218, S. 9.

<sup>130</sup> Vgl. ebd.

Eine weitere Indikation ist die soziale Indikation. Sie muss ebenfalls bis zur zwölften Schwangerschaftswoche gestellt werden, wenn sich die Schwangere in einer besonderen sozialen Notlage befindet und wird daher auch Notlagenindikation genannt.

### **3.2 Medizinische Grundlagen**

Es macht einen enormen Unterschied, ob eine Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel abgebrochen wird oder erst wenige Tage vor dem errechneten Geburtstermin. Eine Spätabtreibung ist nicht nur psychisch und physisch belastender für die Frau, die sich einem solch schwerwiegenden Eingriff unterzieht. Auch der eigentliche Abtreibungsvorgang im letzten Trimester gestaltet sich wesentlich komplizierter und ist langwieriger.

Man kann also sagen, dass eine Abtreibung umso sicherer ist, je früher sie stattfindet.<sup>131</sup>

#### **3.2.1 Abtreibungen im ersten Trimester**

Im ersten Trimester ist ein Schwangerschaftsabbruch entweder durch die Absaugmethode oder eine Ausschabung möglich, die meist ambulant durchgeführt werden.<sup>132</sup>

Bei der *Absaugmethode* führt der Arzt zuerst ein Spekulum in die Scheide ein und öffnet es. Nach einer gynäkologischen Untersuchung, die Größe und Lage der Gebärmutter feststellen soll, wird eine örtliche Betäubung in die Nerven des Gebärmuttermundes gespritzt. Metallstifte und Sonden dehnen den Muttermund, damit der Plastikschauch des Absauggerätes in die Gebärmutter eingeführt werden kann. Anschließend wird ein Vakuum erzeugt, das dazu beiträgt, dass der Embryo abgesaugt werden kann. Bei einer *Ausschabung* schabt der Arzt den Uterus mithilfe einer Kürette aus. Im ersten Schwangerschaftsdrittel dauert ein Abbruch etwa zwanzig Minuten. In den meisten Fällen laufen Schwangerschaftsabbrüche im ersten Trimester komplikationsfrei ab. Es kann jedoch vorkommen, dass es zu Blutungen, Infektionen oder Verletzungen von Muttermund oder Gebärmutterwand kommt. Je weiter die Schwan-

---

<sup>131</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 150.

<sup>132</sup> Vgl. ebd., S. 151.

gerschaft fortgeschritten ist, desto weiter muss der Muttermund gedehnt werden und desto schmerzhafter und komplikationsreicher kann der Eingriff sein.<sup>133</sup>

Inzwischen ist auch in Deutschland eine medikamentöse Einleitung eingeschränkt möglich. Das Medikament mit dem Namen RU 486 stellt eine Alternative zur chirurgischen Abtreibung dar. Es handelt sich dabei um ein synthetisch erzeugtes Präparat, das dem Körper Progesteron entzieht, welches zur Fortsetzung der Schwangerschaft unerlässlich ist. Der Mangel an Progesteron löst eine Blutung in der Gebärmutter aus und der Embryo wird abgestoßen. Allerdings wirkt das Medikament nur bis zum 42. Tag nach der Empfängnis zuverlässig.<sup>134</sup>

Wiegt der abgetriebene Embryo weniger als 500 Gramm, so spricht man nicht von einem Frühgeborenen, sondern von einem Fehlgeborenen. Eine Bestattung ist in diesem Fall nur möglich, wenn Krankenhaus und Friedhofsamt den Eltern entgegenkommen. In vielen Krankenhäusern werden auf Wunsch Fotos oder Fuß- und Handabdrücke zur Erinnerung angefertigt.<sup>135</sup>

### **3.2.2 Abtreibungen im zweiten Trimester**

Die Absaugmethode, erfolgt im zweiten Trimester meist unter Vollnarkose. Alternativ können zur Dehnung des Muttermundes anstatt Metallstiften auch Laminariastifte verwendet werden, die aus gepresstem Seetang bestehen und sich langsam ausdehnen, indem sie Feuchtigkeit aus dem Muttermund absorbieren. Je nach Schwangerschaftsstadium werden der Schwangeren einen Tag vor der Abtreibung ein bis sechs Stifte eingesetzt.<sup>136</sup>

In manchen Fällen muss ein wehentreibendes Medikament verabreicht werden. Die ausgelösten Wehen bewirken, dass sowohl Fötus als auch Mutterkuchen durch die Scheide ausgestoßen werden.<sup>137</sup>

---

<sup>133</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 152.

<sup>134</sup> Vgl. ebd., S. 153.

<sup>135</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 34.

<sup>136</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 154.

<sup>137</sup> Vgl. ebd., S. 153.

Bei einer Prostaglandin-Infusion bewirkt das Mittel Kontraktionen der Gebärmuttermuskulatur. Das meist künstlich gewonnene Prostaglandin wird per Amniozentese transabdominal in die Fruchtblase gespritzt. Bereits nach wenigen Stunden setzen die ersten Wehen ein. Allerdings kann es von der Injektion bis zum eigentlichen Schwangerschaftsabbruch bis zu zwanzig Stunden dauern. Zu den Nebenwirkungen zählen Magen-Darm-Beschwerden, Schweißausbrüche und Schüttelfrost. Es kann zudem zu Atemproblemen und erhöhtem Blutdruck kommen. Unter Umständen ist es möglich, dass das Kind lebendig zur Welt kommt.<sup>138</sup>

Wird die Abtreibung durch eine Kochsalzlösung eingeleitet, entnimmt der Arzt zuerst mithilfe einer Amniozentese etwas Fruchtwasser und spritzt anschließend die Kochsalzlösung in die Gebärmutter. Nach etwa zwölf bis 36 Stunden setzen die geburts-einleitenden Wehen ein. Vergleicht man diese Methode jedoch mit den anderen Methoden, so wird deutlich, dass sie wesentlich risikoreicher ist, da sich die hohe Salzdosis negativ auf Herz und Nieren der Schwangeren auswirken können. Da jedoch jeder Mensch über einen sehr individuellen Stoffwechsel verfügt, ist es schwierig, die jeweils richtige Salzdosis zu bestimmen. Zu den Nebenwirkungen zählen Kopfweh, starker Durst, Bluthochdruck, Benommenheit oder auch Bewusstlosigkeit.<sup>139</sup>

Ein Gebärmutterschnitt – auch Hysterotomie genannt – ist eine operative Abtreibungsmethode. Sie wird unter Vollnarkose oder Spinalanästhesie – also durch das Spritzen eines Narkosemittels in das Rückenmark – durchgeführt. Anschließend öffnet der Arzt mithilfe eines Schnittes die Bauchdecke bis zur Fruchtblase. Wie bei einem Kaiserschnitt werden Fötus und Mutterkuchen entnommen und die Bauchdecke wieder geschlossen. Da diese Methode alle Risiken einer schweren Operation mit sich bringt, wird sie nur noch selten angewendet.<sup>140</sup>

---

<sup>138</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 154.

<sup>139</sup> Vgl. ebd., S. 155.

<sup>140</sup> Vgl. ebd.

### **3.2.3 Spätabtreibungen in Verbindung mit intrauterinem Feto- zid**

Wenn eine Fehlbildung erst spät erkannt wird oder sich eine Schwangere erst sehr spät für einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet, so ist es notwendig, eine Frühgeburt medikamentös einzuleiten.

Ein Spätabbruch bedeutet, dass der Abbruch in einer Phase der Schwangerschaft stattfindet, in der der Fötus potenziell extrauterin lebensfähig ist, was wiederum bedeuten kann, dass er möglicherweise die Abtreibung überleben könnte.<sup>141</sup>

Möchte eine Frau eine Spätabtreibung vornehmen lassen, muss sie zunächst medikamentös vorbehandelt werden, damit die wehenauslösenden Mittel wirken können. 36 bis 48 Stunden später werden die Wehen und somit die Geburt eingeleitet. Ab der 22. Schwangerschaftswoche ist es möglich, dass das Kind lebendig geboren wird. Um dies zu verhindern, spritzt man dem Kind vor der Geburt Kaliumchlorid ins Herz. Diese Tötung des Kindes im Mutterleib nennt sich Feto-  
zid. Die Entscheidung für oder gegen die Injektion müssen die Eltern treffen.<sup>142</sup>

Trotz der Medikamente ist es möglich, dass die Geburt sich über mehrere Tage erstreckt.<sup>143</sup>

Zudem ist diese Art des Schwangerschaftsabbruchs äußerst schmerzhaft und es kann vorkommen, dass anschließend die Plazenta ausgeschabt werden muss.<sup>144</sup>

Willigt der Arzt in einen Schwangerschaftsabbruch ein, so stimmt er zusammen mit der Schwangeren einem Behandlungsvertrag zu. Im Rahmen der Abtreibung lautet sein Auftrag, den Fötus nicht lebendig zur Welt zu bringen. Tritt diese Situation dennoch ein, ist der Arzt dazu verpflichtet, das Neugeborene optimal medizinisch zu versorgen und gegebenenfalls lebenserhaltende Maßnahmen einzuleiten. Der ursprüngliche ärztliche Auftrag, den Schwangerschaftsabbruch erfolgreich durchzuführen, kehrt sich somit in die entgegengesetzte Richtung um, sobald ein Fötus die Abtreibung überlebt.<sup>145</sup>

---

<sup>141</sup> Vgl. Lux, V. (2005): Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, S. 46.

<sup>142</sup> Vgl. Flaspöhler, S. (2009): Leben mit einem behinderten Kind? S. 42.

<sup>143</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 33.

<sup>144</sup> Vgl. Lux, V. (2005): Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, S. 47.

<sup>145</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 46.

1997 sollte in Oldenburg ein Kind mit Trisomie 21 abgetrieben werden. Da es sich um einen Spätabbruch in der 25. Schwangerschaftswoche ohne vorherigen Feto-  
zid handelte, kam es lebend zur Welt. Der Arzt ließ das Kind 10 Stunden unbehandelt  
liegen, bis er letztlich entschied, dem Kind doch zu helfen. Dadurch erlitt das Kind  
weitere irreparable Schäden. Der Arzt wurde von den Eltern wegen missglückter Ab-  
treibung verklagt.<sup>146</sup>

Um Schadensersatzforderungen zu vermeiden, führen einige Ärzte daher bei Spät-  
abtreibungen bereits vor der künstlichen Einleitung der Geburt generell einen intrau-  
terinen Feto-  
zid durch. Die Tötung des Fötus im Mutterleib ist deshalb straffrei, da es  
sich laut Strafgesetzbuch erst um eine Tötung handelt, wenn der Fötus durch das  
Einsetzen der Eröffnungswehen – also erst nach dem durchgeführten Feto-  
zid – zum  
Menschen wird.<sup>147</sup>

Anders als Frauen, die im ersten Trimester einen Schwangerschaftsabbruch vor-  
nehmen lassen, weil sie ungewollt schwanger wurden, haben sich Frauen, die eine  
Spätabtreibung durchführen lassen, bereits auf ihre Rolle als Mutter eingestellt.<sup>148</sup>  
Zudem ist meist das soziale Umfeld darüber informiert, dass die Frau schwanger ist  
und selbst für völlig Fremde ist erkennbar, dass der geformte Bauch auf Nachwuchs  
schließen lässt.

Aber nicht nur der Abschied vom einstigen Wunschkind ist belastend, sondern auch  
die Tatsache, dass der Fötus tatsächlich geboren werden muss. Kaum eine Schwan-  
gere ist darüber aufgeklärt, dass der Fötus nach der Geburt Laute von sich geben  
kann, atmet oder strampelt.<sup>149</sup>

Und dennoch nehmen Spätabbrüche jährlich zu.<sup>150</sup>

Laut Statistik wurden 2007 insgesamt 3.072 Föten aufgrund einer medizinischen In-  
dikation abgetrieben. Bei 229 Abbrüchen handelte es sich um Spätabtreibungen  
nach der 23. Schwangerschaftswoche.<sup>151</sup>

---

<sup>146</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 83.

<sup>147</sup> Vgl. ebd., S. 84.

<sup>148</sup> Vgl. Flaspöhler, S. (2009): Leben mit einem behinderten Kind? S. 42.

<sup>149</sup> Vgl. Schindele, E. (1994): Die kontrollierte Schwangere, S. 86.

<sup>150</sup> Vgl. Lux, V. (2005): Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch  
nach Pränataldiagnostik, S. 47.

<sup>151</sup> Vgl. Flaspöhler, S. (2009): Leben mit einem behinderten Kind? S. 41.

## **4. Die Folgen von Pränataldiagnostik und selektiven Abtreibungen für das gesellschaftliche Bild von Behinderung**

Pränataldiagnostik und die vorgeburtliche Suche nach Fehlbildungen beim Ungeborenen scheinen immer mehr zur Routine zu werden. Scheinbar bedenkenlos nehmen Schwangere das Risiko einer Fehlgeburt aufgrund eines invasiven Eingriffs in Kauf, nur um sicher zu gehen, dass ihre Schwangerschaft normal verläuft.

Dass die Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik enormen Einfluss auf unser Menschenbild und die Einstellung unserer Gesellschaft gegenüber Behinderten hat, ist den wenigsten dabei bewusst.

### **4.1 Folgen der routinemäßigen Anwendung von pränataler Diagnostik**

Ein Grund für die routinemäßige Inanspruchnahme von vorgeburtlicher Diagnostik ist die unklare Trennung zwischen Pränataldiagnostik und normaler Schwangerenvorsorge. Beides ist miteinander verwoben und kaum voneinander abzugrenzen.

Ein Beispiel hierfür ist die Ultraschalluntersuchung im zweiten Schwangerschaftsdrittel. Unter ethischen Gesichtspunkten betrachtet, ist sie sehr umstritten, da sie lediglich Fehlbildungen beim Fötus feststellen soll und unter Umständen zu einem Schwangerschaftsabbruch führen kann.<sup>152</sup>

Die Beratung sollte so erfolgen, dass die schwangere Frau möglichst autonom ihre Entscheidung trifft. Dazu gehört auch das „Recht auf Nichtwissen“. Da jedoch Ärzte einer Informationsverpflichtung unterliegen, und haftbar gemacht werden können, wenn sie Auffälligkeiten nicht mitteilen, geraten diese häufig in einen Interessenkonflikt.<sup>153</sup>

Sie neigen daher eher dazu, mehr zu informieren, als den Frauen eventuell lieb ist und daraufhin überschätzen Schwangere häufig ihr persönliches Risiko für ein behindertes Kind und unterschätzen tendenziell gleichzeitig das Risiko, einen gesunden Fötus aufgrund eines invasiven Eingriffs zu verlieren.<sup>154</sup>

---

<sup>152</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 24.

<sup>153</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 11.

<sup>154</sup> Vgl. Baldus, M. (2006): Von der Diagnose zur Entscheidung, S. 26.



Frauen, die PND ablehnen, machen sich nicht weniger Gedanken um die Gesundheit ihres Kindes. Sie wünschen sich ebenso ein gesundes Kind, akzeptieren aber das Risiko, dass dieser Wunsch nicht in Erfüllung gehen könnte.

Darüber hinaus stößt die bewusste Annahme eines behinderten Kindes nach pränataler Diagnostik im Umfeld der Betroffenen häufig auf Unverständnis.<sup>155</sup>

Wird nach vorgeburtlicher Diagnostik eine Trisomie 21 diagnostiziert, so führt dies in durchschnittlich 92% der Fälle zu einem Schwangerschaftsabbruch. Dies verdeutlicht den hohen gesellschaftlichen Konsens hinsichtlich pränataler Selektion von Föten mit einer genetischen Abweichung.<sup>156</sup>

Je mehr die Gesellschaft Abtreibung toleriert, desto weniger toleriert sie Behinderte. Schon heute steht die Gesellschaft nicht mehr hinter den Eltern behinderter Kinder, sondern macht ihnen zum Vorwurf, dass sie nicht früher gehandelt haben und das Kind, solange es noch möglich war, abgetrieben haben, um sich, dem Kind und der Gesellschaft durch die Vermeidung der Geburt Leid zu ersparen. Der gesellschaftliche Druck ist enorm und so wächst auch der Konflikt, in dem sich die Eltern befinden. Sich pränataler Diagnostik zu entziehen, ist kaum mehr möglich.

Nicht ganz auszuschließen ist, dass es in Zukunft Gesetze geben könnte, die einem Kind nicht das gewöhnliche Maß an Versicherungsschutz gewähren, wenn die Mutter sich bei der Geburt bewusst für ihr als behindert diagnostiziertes Kind entschieden hat.<sup>157</sup>

Würden solche Gesetze verabschiedet werden und würden sie gleichzeitig auf einen gesellschaftlichen Konsens stoßen, so hätte der Staat die Möglichkeit, mithilfe des erhöhten sozialen Drucks, enorme Macht ausüben. Irgendwann würde der soziale Druck in sozialen Zwang übergehen, dem sich einzelne Schwangere nicht mehr entziehen könnten. Der Staat hätte die Kontrolle über den Körper der Schwangeren und wäre in der Lage, über Leben oder Tod eines Fötus zu entscheiden.

Ein weiterer Aspekt ist, dass Pränataldiagnostik nur in 4% bis 6% der Fälle einen positiven Befund erbringt. Das bedeutet, dass in 94% bis 96% die Gesundheit des Fö-

---

<sup>155</sup> Vgl. Krone, S. (1992): Das ungeborene Kind, S. 87.

<sup>156</sup> Vgl. Baldus, M. (2006): Von der Diagnose zur Entscheidung, S. 13.

<sup>157</sup> Vgl. Müller-Wiedemann, H. (1990): Pränatale Diagnostik als soziale Herausforderung, S. 99.

tus unnötig riskiert wurde. Allein schon aus diesem Grund ist ihr ungezielter und routinemäßiger Einsatz mehr als bedenklich.<sup>158</sup>

Wenn man dann noch bedenkt, dass bei einem positiven Befund kaum Therapie- oder Heilungsmöglichkeiten bestehen, muss man sich ernsthaft fragen, warum derzeit so intensiv daran gearbeitet wird, dass möglichst vielen Schwangeren die Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik offenstehen.

#### **4.1.1 Zunahme der Angstindikationen**

Im Laufe der letzten Jahre hat die Anzahl der psychologischen Indikationen, also der Angstindikationen, zugenommen. Mittlerweile ist sie neben der Altersindikation die zweithäufigste Indikation für die Inanspruchnahme invasiver pränataldiagnostischer Methoden.<sup>159</sup>

Rechnet man Alters- und Angstindikationen zusammen, so wird deutlich, dass bei 90% der Frauen, die PND in Anspruch nehmen, eine der beiden Indikationen zugrunde liegt.<sup>160</sup>

Besonders das sich ständig erweiternde Angebot vieler pränataldiagnostischer Methoden und die Einteilung einer Schwangerschaft in Risikokategorien verursacht Angst und Verunsicherung bei vielen Schwangeren.<sup>161</sup>

Noch in den 1960er Jahren lag die Quote der Risikoschwangerschaften in Deutschland bei etwa 10%, während heute bis zu 80% der Schwangeren in diese Kategorie fallen. Und das, obwohl man keinesfalls sagen kann, dass eine Schwangerschaft heute risikoreicher ist, als noch vor fünfzig Jahren.<sup>162</sup>

Dies wird auch deutlich, wenn man bedenkt, dass 1995 in Deutschland 60% bis 80% der Schwangerschaften zu den Risikoschwangerschaften zählten, während die Quote in den Niederlanden bei 20% lag, obwohl beide Länder in etwa über einen vergleichbaren medizinischen Standard in der Schwangerenvorsorge verfügten.<sup>163</sup>

---

<sup>158</sup> Vgl. Lanz-Zumstein, M. (1994): Rechtliche Aspekte der Chromosomen- und Gendiagnostik, S. 102f.

<sup>159</sup> Vgl. Krone, S. (1992): Das ungeborene Kind, S. 61.

<sup>160</sup> Vgl. Schindele, E. (1994): Die kontrollierte Schwangere, S. 79.

<sup>161</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 41.

<sup>162</sup> Vgl. ebd., S. 25.

<sup>163</sup> Vgl. Lux, V. (2005): Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, S. 19.

Das Wissen um ein Risiko besitzt nun nicht mehr nur eine Minderheit, sondern die Mehrheit der Gesellschaft. Das bedeutet auch, dass eine Mehrheit sich emotional mit dem Thema auseinandersetzen und eine Entscheidung treffen muss.<sup>164</sup>

Da häufig ein behindertes Kind nicht in das Lebenskonzept der Eltern passt, verursacht die Vorstellung von einem Leben mit einem behinderten Kind diverse Ängste. Sie haben genaue Vorstellungen von ihrer Zukunft und befürchten, ein behindertes Kind könnte sie sozial isolieren und ihre gesellschaftliche Akzeptanz gefährden. Auch mögliche Konsequenzen für Ehe und Familie sowie finanzielle Nachteile können Ängste verursachen.<sup>165</sup>

Das persönliche Risiko für ein behindertes Kind kann aufgrund dieser Ängste subjektiv erhöht empfunden werden.<sup>166</sup>

Da Schwangere heute nicht mehr *guter Hoffnung* sind, sondern auf alle möglichen Risiken hingewiesen werden, dient PND in vielen Fällen der Beruhigung verunsicherter Schwangerer, die eine Bestätigung für die Gesundheit ihres Kindes benötigen. Sie wünschen sich von der Medizin Sicherheit und Kontrolle hinsichtlich der Geburt eines gesunden Kindes.<sup>167</sup>

Entscheidet sich jedoch eine Schwangere nur zur Absicherung für Pränataldiagnostik, so geht sie das unnötige Risiko einer Früh- oder Fehlgeburt durch die Inanspruchnahme invasiver Methoden ein, obwohl sie vielleicht ein gesundes Kind in sich trägt. Zudem scheint sie zu verdrängen, dass trotz allem immer die Möglichkeit besteht, dass die Untersuchung einen positiven Befund erbringt. Eine invasive vorgeburtliche Diagnostik ist daher keinesfalls geeignet, um lediglich zur Beruhigung der Schwangeren beizutragen.

Man unterliegt einem Trugschluss, wenn man denkt, PND könne Risiken vorbeugen und eine komplikationsfreie Schwangerschaft garantieren, denn erst der Einsatz invasiver Methoden erzeugt Risiken für den Fötus.<sup>168</sup>

---

<sup>164</sup> Vgl. Baitsch, H. / Sponholz, G. (1993): Genetische Beratung, Pränatale Diagnostik und was dann? S. 34.

<sup>165</sup> Vgl. Baldus, M. (2006): Von der Diagnose zur Entscheidung, S. 25; vgl. Nippert, I. (1994): Frauen und Pränataldiagnostik, S. 73.

<sup>166</sup> Vgl. Willenbring, M. (1999): Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind, S. 62.

<sup>167</sup> Vgl. ebd., S. 56 und S. 58.

<sup>168</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 100.

Wird zudem ein positiver Befund mitgeteilt, so schwankt die Schwangere zwischen Schock, Trauer und Benommenheit. Emotional belastend können auch Ängste und ein Gefühl der Hilflosigkeit sein. Zwischen Wunschkind und realem Kind entstehen unüberbrückbare Differenzen. Die Eltern müssen die Vorstellung von ihrem Wunschkind loslassen und sich damit abfinden, dass ihr Kind dieser Vorstellung nicht entspricht.<sup>169</sup>

Auch die Amniozentese selbst kann Ängste auslösen, die sich um eine Verletzung des Ungeborenen, eine Fehlgeburt oder Schmerzen drehen können.<sup>170</sup>

Pränatale Diagnostik kann sich daher negativ auf das Schwangerschaftserleben auswirken. Die lange Wartezeit nach dem Eingriff ist meist eine belastende, angstvolle Zeit. Manche Schwangere versuchen diese Zeit zu überstehen, indem sie alle Gedanken an das Kind möglichst vermeiden. Sie distanzieren sich emotional von ihrer Schwangerschaft und versuchen den Aufbau einer Bindung zum Ungeborenen zu vermeiden. Das Zeiterleben scheint verändert, da erst in der Mitte der Schwangerschaft eine Diagnosestellung möglich ist und somit erst ab diesem Zeitpunkt die Schwangerschaft wirklich angenommen werden kann. Früher wurde die Schwangere durch kindliche Bewegungen während der Schwangerschaft beruhigt. Heute verstärken Kindsbewegungen gerade während der Wartezeit auf den Befund Ängste und innere Konflikte. Erst ein negativer Befund kann in vielen Fällen beruhigen. Man spricht heute daher oft von einer Schwangerschaft auf Probe.<sup>171</sup>

Eine Entscheidung für oder gegen eine Fortsetzung der Schwangerschaft fällt nie leicht, da trotz allem häufig bereits eine emotionale Bindung zwischen Mutter und Kind besteht. Zudem ist ein Schwangerschaftsabbruch oft mit mehr Schmerzen und traumatischen Erfahrungen verbunden, als erwartet. Ein Abbruch kann Trauer, Schuldgefühle, Depressionen, Zweifel aber auch Erleichterung mit sich bringen.<sup>172</sup>

---

<sup>169</sup> Vgl. Willenbring, M. (1999): Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind, S. 63.

<sup>170</sup> Vgl. ebd., S. 59.

<sup>171</sup> Vgl. ebd., S. 60f.

<sup>172</sup> Vgl. ebd., S. 63.

#### **4.1.2 Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik**

Mittlerweile stehen immer mehr pränataldiagnostische Methoden zur Verfügung und damit steigt auch der soziale, ökonomische und politische Druck, sie zu nutzen.<sup>173</sup>

Man darf nicht vergessen, dass sowohl Forschung, Industrie als auch Medizin davon profitieren, wenn derartige Tests und Untersuchungen häufig und bei vielen Frauen angewendet werden.<sup>174</sup>

Es ist somit verständlich, dass Ärzte möglichst vielen Frauen zu vorgeburtlichen Untersuchungen raten und eventuell manchmal mit einem gewissen Nachdruck auf diese Methoden hinweisen, um sich wirtschaftliche Vorteile zu verschaffen.

Dies gilt vor allem, seit sich 1996 das Abrechnungsverfahren für Ärzte veränderte. Sie erhalten seither eine Pauschale für alle Vorsorgeuntersuchungen. Werden einzelne Leistungen nicht durchgeführt, erhält der zuständige Arzt die Pauschale nicht. Das bedeutet, dass ein großes ärztliches Interesse darin besteht, möglichst alle Vorsorgeuntersuchungen tatsächlich durchzuführen.<sup>175</sup>

Zusätzlich versuchen Ärzte möglichst umfangreich zu beraten und diverse Leistungen pränataler Diagnostik anzubieten, um Haftungsansprüchen aufgrund mangelnder oder unterlassener Beratung und Aufklärung bezüglich pränataler Untersuchungen zu entgehen. Die Konsequenz ist, dass vorgeburtliche Diagnostik vermehrt angeboten und auch genutzt wird, obwohl die Mutterschafts-Richtlinien ausdrücklich darauf hinweisen, dass eine Schwangere jede Leistung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen ablehnen kann.<sup>176</sup>

Da jedoch für ausführliche Beratung vor PND oft wenig Zeit bleibt und die Schwangere meist davon ausgeht, dass die Untersuchungen, die der Mutterpass auflistet, notwendig sind, fühlt sie sich meist dazu verpflichtet, bei Auffälligkeiten alles Mögliche zu tun.<sup>177</sup>

---

<sup>173</sup> Vgl. Neuer-Miebach, T. / Tarneden, R. (1994): Vom Recht auf Anderssein, S. 148.

<sup>174</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 18.

<sup>175</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 24.

<sup>176</sup> Vgl. ebd., S. 42; vgl. Lux, V. (2005): Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, S. 11.

<sup>177</sup> Vgl. Lux, V. (2005): Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, S. 13.

Lehnt man Pränataldiagnostik ab, verstößt man inzwischen gegen eine unausgesprochene Norm. Medizinische Möglichkeiten entgegen der ausdrücklichen ärztlichen Empfehlung nicht in Anspruch zu nehmen und sich gegen einen Eingriff zu entscheiden, kann Schwangere verunsichern, da ihr Handeln als sozial unverantwortlich gewertet wird und beispielsweise mit Entsolidarisierung sanktioniert werden kann.<sup>178</sup>

Frauen und Ärzte sind somit abhängig von gesamtgesellschaftlichen ökonomischen Bedingungen und Machtverhältnissen. Herrschende kulturelle Werte und Normen bezüglich Krankheit und Gesundheit sind verbunden mit objektiver gesellschaftlicher Diskriminierung Behinderter. All diese Faktoren haben Einfluss auf die Entscheidungsfindung schwangerer Frauen.<sup>179</sup>

Es darf nicht sein, dass – wie in den USA bereits vorgekommen – Kindern mit Trisomie 21 Sozial- und Erziehungshilfe verweigert wird, einzig aus dem Grund, dass die Mutter keine Pränataldiagnostik in Anspruch genommen hat und deshalb die Schuld und Kosten dafür zu tragen habe. Genauso wenig darf man verpflichtet werden, wenn man Pränataldiagnostik in Anspruch nimmt und einen auffälligen Befund erhält, den Fötus abzutreiben.<sup>180</sup>

Glücklicherweise entstehen bei der Ablehnung von Pränataldiagnostik für die Schwangere in Deutschland (noch) keine rechtlichen Nachteile. Wird ein behindertes Kind geboren, ist es der Sozialversicherung nicht möglich, die Leistungen zu kürzen. Auch die gesetzlichen Krankenkassen können einem Kind nicht die Aufnahme oder die Behandlung mit dem Argument verweigern, dass bei einer pränatalen Diagnostik die Schädigung hätte festgestellt werden können und der Fötus anschließend hätte abgetrieben werden können. Entscheiden sich die Eltern bewusst gegen eine Abtreibung, so können die Krankenkassen (noch) keinen Druck auf sie ausüben oder sie zur Abtreibung behinderter Föten nötigen.<sup>181</sup>

---

<sup>178</sup> Vgl. Schindele, E. (1994): Die kontrollierte Schwangere, S. 91; vgl. Nippert, I. (1994): Frauen und Pränataldiagnostik, S. 71.

<sup>179</sup> Vgl. Nippert, I. (1994): Frauen und Pränataldiagnostik, S. 71.

<sup>180</sup> Vgl. Gäch, A. (1990): Pränataldiagnostik-Boom, S. 64.

<sup>181</sup> Vgl. Willenbring, M. (1999): Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind, S. 34; vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 87.

## **4.2 Folgen selektiver Abtreibungen**

Selektive Abtreibungen haben nicht nur Auswirkungen auf die betreffende Familie, sondern immer auch auf die Gesellschaft. Je selbstverständlicher und routinierter solche Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, desto stärker werden sich unser Menschenbild und besonders unsere Sicht auf Behinderung verändern.

### **4.2.1 Handlungsmöglichkeiten nach dem Erhalt eines pathologischen Befundes**

Diagnosen können lediglich Behinderungen bestätigen, jedoch keine verallgemeinernden Aussagen über die Schwere der Behinderungen machen. Jede Behinderung kann sehr individuell ausgeprägt sein. Werden zwei Kinder mit Trisomie 21 geboren, kann es sein, dass das eine mit einem schweren Herzfehler und einer geistigen Behinderung zur Welt kommt, während das andere bis auf die Trisomie kerngesund ist.

Daher ist es enorm wichtig, dass in einem Beratungsgespräch realisierbare, konkret formulierte Alternativen zu einem Schwangerschaftsabbruch angesprochen und diskutiert werden.<sup>182</sup>

Solche Alternativen können die Geburt und das Leben in der Familie sein, denkbar wären aber auch die Geburt und die anschließende Abgabe des Kindes in eine Pflege- oder Adoptionsfamilie, oder auch in ein Pflegeheim. In manchen Fällen besteht auch die Möglichkeit, das Kind intrauterin zu operieren. Entscheidet man sich bewusst gegen eine solche Operation, kann es sein, dass man sich bewusst dafür entscheidet, den Fötus sterben zu lassen. Sind die Eltern nach dem Erhalt eines pathologischen Befundes geschockt und unfähig, eine Entscheidung zu treffen, können eine ausführliche Beratung und das Aufzeigen von Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch enorm wichtig sein. Um einen Entscheidungszeitraum zu schaffen, in dem eine intensive Beratung bezüglich Geburt und Leben mit einem behinderten Kind stattfinden kann, kann den Eltern angeboten werden, dass nach der Geburt jederzeit die Möglichkeit besteht, das Kind zur Adoption freizugeben. Entscheiden sich die Eltern nach der Geburt tatsächlich gegen das Kind, so sollten bereits Vorberei-

---

<sup>182</sup> Vgl. Müller-Wiedemann, H. (1990): Pränatale Diagnostik als soziale Herausforderung, S. 104.

tungen für eine mögliche Adoption, Pflegschaft oder anderweitige Betreuung getroffen worden sein.<sup>183</sup>

Erhalten die Eltern die Nachricht, dass ihr Kind mit Spina bifida zur Welt kommen wird, so können sie sich für einen Kaiserschnitt entscheiden, der das kindliche Nervensystem weniger belastet, als eine natürliche Geburt. Eventuelle Komplikationen können so umgangen werden.<sup>184</sup>

#### **4.2.2 Folgen der Überarbeitung des § 218**

1871 wurde die erste Fassung des § 218 rechtskräftig. Demzufolge war grundsätzlich jeder Schwangerschaftsabbruch strafbar. 1935 wurde das Gesetz geändert. Abtreibungen konnten nun aus medizinischen und rassenhygienischen Gründen erzwungen werden. 1949 wurde die Fassung von 1871 erneut gültig, da man die eugenische Indikation des Nationalsozialismus nicht mehr tolerierte. Jedoch wurde dem Paragrafen die medizinische Indikation zugefügt.<sup>185</sup>

Von 1976 bis 1992 war schließlich laut embryopathischer Indikation die Abtreibung erkrankter oder behinderter Föten bis zur 22. Schwangerschaftswoche erlaubt und straffrei.

Diese Fristenregelung sollte verhindern, dass der Fötus bei einer vorzeitig eingeleiteten Geburt potenziell lebensfähig war und somit möglicherweise als Frühgeborenes zur Welt kam. Lediglich Schwangere, deren Föten mit Sicherheit nicht lebensfähig waren – wie das beispielsweise bei einer Anenzephalie der Fall ist – konnten auch bei Überschreitung der Frist, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen.<sup>186</sup>

Viele Behinderte fühlten sich durch die embryopathische Indikation des § 218 diskriminiert. Ihr Ziel war die Abschaffung dieser Indikation. Solange eine fötale Behinderung oder Erkrankung einen straffreien Schwangerschaftsabbruch rechtfertigte, war indirekt die Entwertung von Menschen, die mit gleicher Behinderung lebten, gesetzlich unterlegt. Aufgrund des Protests einiger Behindertenverbände wurde daraufhin

---

<sup>183</sup> Vgl. Müller-Wiedemann, H. (1990): Pränatale Diagnostik als soziale Herausforderung, S. 101.

<sup>184</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 132.

<sup>185</sup> Vgl. Willenbring, M. (1999): Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind, S. 35.

<sup>186</sup> Vgl. Krone, S. (1992): Das ungeborene Kind, S. 84.



1995, während der Neuregelung des § 218, die embryopathische Indikation ersatzlos gestrichen.<sup>187</sup>

Die bedeutendsten Änderungen sind folglich die Streichung der embryopathischen Indikation und damit verbunden die Streichung der 22-Wochen-Frist.

Während vor 1995 etwa 99% der Schwangeren bei positivem Befund nach einer Amniozentese einen Abbruch wählten, können dazu heute keine genauen Angaben mehr gemacht werden, da die statistische Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen, bei denen eine fötale Schädigung zur Indikationsstellung führte, nicht mehr zulässig ist.<sup>188</sup>

Ein Schwangerschaftsabbruch vor der zwölften Schwangerschaftswoche kann von Schwangeren ohne Indikationsstellung im Anschluss an die Inanspruchnahme einer staatlich anerkannten Beratung vorgenommen werden. Dies ist vor allem nach der Nutzung pränataldiagnostischer Methoden, die bereits im ersten Schwangerschaftsdrittel einen positiven Befund liefern, von Bedeutung. Allerdings müssen die Kosten für einen Abbruch ohne Indikation selbst getragen werden, während bei medizinischer Indikation die Krankenkasse die Kosten übernimmt.<sup>189</sup>

Es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass Schwangere aufgrund dieser Regelung einen späteren Zeitpunkt für die Abtreibung wählen und erhöhte Risiken akzeptieren, nur weil sie dadurch eine finanzielle Entlastung erreichen können.

Theoretisch ist es dabei lediglich notwendig, einem Arzt nach Ablauf der zwölfwöchigen Frist die psychische und körperliche Gefährdung durch die Geburt des Kindes mitzuteilen und anschließend zu hoffen, dass er daraufhin eine medizinische Indikation stellt. Die Wahrscheinlichkeit dafür ist sehr hoch, da eben diese psychische und körperliche Gefährdung sehr subjektiv sein kann und anhand standardisierter Verfahren nicht ermittelbar ist. Der Arzt muss sich daher oftmals auf die Aussagen der schwangeren Frau verlassen.

Besonders für die beteiligten Ärzte bringt die Neufassung des Paragraphen enorme Konflikte mit sich.

---

<sup>187</sup> Vgl. Lux, V. (2005): Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, S. 44f.

<sup>188</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 20f.

<sup>189</sup> Vgl. ebd., S. 16f.

Grundsätzlich ist jeder Arzt durch seinen hippokratischen Eid dazu verpflichtet, Leben zu retten. Verschiedene Gründe können dennoch dafür sorgen, dass er an der Abtreibung eines Fötus mitwirkt. Mitleid mit dem Kind, den Eltern oder rein finanzielle Argumente sind ein Beispiel. Aber auch gesetzliche Bestimmungen zwingen den Arzt unter Umständen zu einer Abtreibung, da er verurteilt werden kann, wenn er einer Schwangeren pränatale Diagnostik oder einen darauf folgenden Schwangerschaftsabbruch verweigert.<sup>190</sup>

Ärzte sind generell dazu berechtigt und sogar verpflichtet, einen Schwangerschaftsabbruch zu verweigern, wenn sie das Gefühl haben, dass es sich nicht um eine reife Entscheidung der Eltern handelt oder diese unter Druck getroffen wurde. Auch, wenn der Arzt keine hinreichenden Gründe für eine medizinische Indikation feststellt, darf er keinen Abbruch der Schwangerschaft vornehmen. Problematisch wird es dann, wenn die Schwangere über ein psychologisches Gutachten verfügt, das ihre Suizidgefährdung beweist.<sup>191</sup>

Damit sich der Arzt nicht strafbar macht, muss er der Schwangeren die Möglichkeit geben, ihm ihre Gründe für den Abbruch zu nennen, er muss sie über Ablauf, Risiken und Konsequenzen des Eingriffs aufklären, bei kriminologischer Indikation muss er überprüfen, ob bereits die zwölfte Schwangerschaftswoche überschritten wurde. Zudem dürfen Schwangerschaftskonfliktberatung und der eigentliche Schwangerschaftsabbruch nicht von demselben Arzt durchgeführt werden, um einen Interessenkonflikt zu vermeiden.<sup>192</sup>

Auch, wenn eine Spätabtreibung nach der 24. Schwangerschaftswoche von immer mehr Ärzten aus ethischen Gründen abgelehnt wird, so ist die Anzahl der Spätabbrüche in den vergangenen Jahren enorm gewachsen.<sup>193</sup>

Heute ist allein ein positiver Befund nach PND nicht mehr ausreichend als Kriterium für einen Schwangerschaftsabbruch. Möglich ist ein Abbruch in diesem Fall nur über die medizinische Indikation, bei der beispielsweise eine angeführte psychische Belastung sehr subjektiv ist.<sup>194</sup>

---

<sup>190</sup>Vgl. Holtzapfel, W. (1990): Eine wahre Geschichte, S. 109.

<sup>191</sup>Vgl. Flasspöhler, S. (2009): Leben mit einem behinderten Kind? S. 42.

<sup>192</sup>Vgl. BFSFJ (2010): Schwangerschaftsberatung §218, S.11.

<sup>193</sup>Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 22.

<sup>194</sup>Vgl. Lux, V. (2005): Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, S. 44.

Eugenische Abtreibungen fallen heute also unter medizinische Abtreibungen und eine Frist, nach deren Ablauf keine Abtreibungen mehr durchgeführt werden dürfen, entfällt. Spätabtreibungen bis kurz vor der Geburt sind somit theoretisch möglich. Es ist daher auch nicht ausgeschlossen, dass die Abtreibung in einer Phase der Schwangerschaft stattfindet, in der der Fötus bereits extrauterin überlebensfähig wäre.<sup>195</sup>

#### **4.2.3 Schwangerschaftsabbruch als therapeutische Maßnahme?**

Die Diskrepanz zwischen der angebotenen Diagnostik und den tatsächlich vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten wird von Tag zu Tag größer. Die Möglichkeiten der Therapie hinken denen der Diagnostik weit hinterher. Häufig kommt einzig eine Therapie im Sinne eines Schwangerschaftsabbruches in Frage.<sup>196</sup>

Die Methoden der Pränataldiagnostik können zwar fötale Schädigungen frühzeitig erfassen, sie sind jedoch nicht in der Lage, Risiken für Fehlbildungen bereits vor deren eigentlicher Entstehung zu erkennen, um ihnen vorzubeugen. Dies ist nur dann eingeschränkt möglich, wenn sich die Schwangere vor Eintritt der Schwangerschaft einer Blutuntersuchung unterzieht, die Klarheit über eine Infektion mit Röteln oder Toxoplasmose bringen soll. Das grundsätzliche Dilemma der Pränatalmedizin ist, dass in den meisten Fällen pränatale Diagnostik zu spät kommt, da die Schädigung bereits vor der Diagnose eingetreten ist.<sup>197</sup>

Pränatale Diagnostik hat also primär das Ziel, behinderte Föten abzutreiben und keine gesundheitliche Vorsorge zu leisten. Als einzige therapeutische Maßnahme bleibt daher oft nur noch der Schwangerschaftsabbruch.

Nicht jede Diagnose muss aber automatisch zum Schwangerschaftsabbruch führen. Selten können Medikamente oder Bluttransfusionen schon pränatal über die Nabelschnur verabreicht werden. Es gibt Situationen, in denen die pränatale Entdeckung

---

<sup>195</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 16.

<sup>196</sup> Vgl. Schindele, E. (1994): Die kontrollierte Schwangere, S. 81; vgl. Baitsch, H. / Sponholz, G. (1993): Genetische Beratung, Pränatale Diagnostik und was dann? S. 35.

<sup>197</sup> Vgl. Krone, S. (1992): Das ungeborene Kind, S. 63.

einer Fehlbildung sehr wichtig und hilfreich für den weiteren Schwangerschaftsverlauf sein kann.<sup>198</sup>

Um eine sichere Geburt optimal planen zu können oder um bereits pränatal mit einer Behandlung oder Therapie zu beginnen, ist das Wissen über eine Behinderung oder Erkrankung des Fötus notwendig. So können seine Überlebens- und Entwicklungschancen verbessert werden und gegebenenfalls postnatale Operationen rechtzeitig vorbereitet werden.<sup>199</sup>

Bei einer Herzerkrankung müssen beispielsweise eventuell schon während der Schwangerschaft Medikamente über die Nabelschnur oder über den Blutkreislauf der Mutter zugeführt werden. Cortison wird verabreicht, wenn eine Frühgeburt erwartet wird und die Lunge daher schneller reifen muss. Auch Operationen können mithilfe wichtiger Informationen über den Gesundheitszustand des Ungeborenen besser geplant werden. Bei intrauterinen Operationen an Herz oder Magen ist das Risiko einer Frühgeburt sehr hoch, daher werden sie nur in absoluten Notfällen durchgeführt. Die Fetalchirurgie befindet sich zudem noch in der Erprobungsphase.<sup>200</sup>

Eine vorgeburtliche Diagnose kann auch hilfreich sein, um sich auf die veränderte Familiensituation mit einem behinderten Kind vorzubereiten.

Problematisch an pränataler Diagnostik ist, dass sie oft als Risikoprävention angeboten wird. Der Begriff ist doppeldeutig, da PND einerseits mögliche gesundheitliche Schäden für Mutter und Kind vermeiden kann, andererseits können fötale Schädigungen erfasst werden, die nicht prä- oder postnatal therapiert werden können. Eine Prävention würde in diesem Falle die Verhinderung der Geburt des geschädigten Kindes durch einen Schwangerschaftsabbruch bedeuten.<sup>201</sup>

Dass mit dem Begriff *Risiko* bei der Risikoprävention ein behindertes Kind gemeint ist, wird nicht offen ausgesprochen. Auch nicht, dass Pränataldiagnostik weder geschädigte Föten gesund machen, noch genetische Defekte beheben kann.<sup>202</sup>

---

<sup>198</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 11.

<sup>199</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 28; vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 29f.

<sup>200</sup> Vgl. BAG (2008): Pränataldiagnostik, S. 28.

<sup>201</sup> Vgl. Lux, V. (2005): Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik, S. 21.

<sup>202</sup> Vgl. Schindele, E. (1994): Die kontrollierte Schwangere, S. 86.

Da also Behandlung und Therapie im eigentlichen Sinne in der Regel nicht möglich sind, wird der Krankheitsträger nach der Mitteilung eines positiven Befundes oftmals einfach eliminiert.<sup>203</sup>

Nicht die Krankheit wird behandelt, sondern deren Träger wird getötet. Eine Therapie steht somit nur der Schwangeren zu. Das fötale Lebensrecht wird der mütterlichen Entscheidungsfreiheit unterworfen.<sup>204</sup>

BECK spricht von mehr als nur einer sprachlichen Unkorrektheit, wenn man betont, dass PND *Erbkrankheiten* bekämpfen soll. In der Tat werden *Erbkranke* bekämpft, die auf dieses eine Merkmal reduziert und extrem verdinglicht werden. Nicht Down-Syndrom wird mithilfe vorgeburtlicher Methoden verhindert, sondern die Menschen mit Down-Syndrom. Denn Pränataldiagnostik setzt nicht schon vor der Entstehung dieser Chromosomenaberration an, sondern erst, wenn bereits ein Defekt aufgetreten ist.<sup>205</sup>

Vorgeburtliche Diagnostik dient somit selten dem Kind, sondern ist vorwiegend fremdnützig.<sup>206</sup>

Wenn sich diese Form der Therapie einbürgert, kann man sich vorstellen, wie sich das gesellschaftliche Bewusstsein gegenüber behinderten Kindern in Zukunft entwickeln wird. Das Bild von Behinderung würde sich konstant verschlechtern.<sup>207</sup>

Die Suche nach Fehlbildungen würde daher nur Sinn machen, wenn es Therapiemöglichkeiten gäbe.

Schwangere geraten vor allem dann in ein Dilemma, wenn nicht abzusehen ist, ob die Behinderung oder Krankheit sich nur über einen begrenzten Zeitraum auswirken wird, oder ob sie lebenslange Beeinträchtigungen mit sich bringt.<sup>208</sup>

Es wäre durchaus denkbar, dass bereits in wenigen Jahren für viele Schädigungen und Erkrankungen eine Therapie verfügbar ist. Es könnte allerdings auch sein, dass diese Hoffnung nie eintritt.

---

<sup>203</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 21.

<sup>204</sup> Vgl. Krone, S. (1992): Das ungeborene Kind, S. 83.

<sup>205</sup> Vgl. Beck, U. (1990): Eugenik der Zukunft, S. 75.

<sup>206</sup> Vgl. Neuer-Miebach, T. / Tarneden, R. (1994): Vom Recht auf Anderssein, S. 148.

<sup>207</sup> Vgl. Müller-Wiedemann, H. (1990): Pränatale Diagnostik als soziale Herausforderung, S. 93f.

<sup>208</sup> Vgl. Baitsch, H. / Sponholz, G. (1993): Genetische Beratung, Pränatale Diagnostik und was dann? S. 35.

Höchst problematisch ist eine pränatale Diagnostik von Erkrankungen, die sich erst im Erwachsenenalter manifestieren oder von Erkrankungen, deren Schwere der Beeinträchtigung nicht vorherzusagen ist.<sup>209</sup>

Zu den Erkrankungen, deren Symptome erst im Erwachsenenalter auftreten, zählt beispielsweise die autosomal dominante Erbkrankheit Chorea Huntington, bei der es sich um eine Erkrankung des Nervensystems handelt, die von Bewegungsstörungen, Veränderung der Persönlichkeit und dem Abbau geistiger Fähigkeiten begleitet wird.<sup>210</sup>

Dies alles verdeutlicht, wie wenig Rechte der Fötus hat und wie leichtfertig über seinen Kopf hinweg entschieden und in sein Leben eingegriffen wird.

### **4.3 Ethische und moralische Aspekte bezüglich pränataler Diagnostik**

Der Zusammenhang zwischen vorgeburtlicher Diagnostik und selektiven Abtreibungen bringt ethische und moralische Konflikte bei allen Beteiligten mit sich. Schwierig ist vor allem die Frage, wann Leben beginnt und wann es lebenswert ist. Gesetzliche Regelungen sollen darüber Klarheit schaffen, tragen jedoch vielfach zu großer Unklarheit und Verunsicherung bei.

#### **4.3.1 Kritik an der unterschiedlichen rechtlichen Stellung von Fötus und Neugeborenem**

Das Neugeborene ist rechtlich jedem Erwachsenen gleichgestellt. Es hat die gleichen Grundrechte und sein Leben und seine Gesundheit werden durch das Straf- und Zivilrecht geschützt. Der einzige Unterschied besteht darin, dass das Neugeborene im Gegensatz zu einem Erwachsenen bestimmte Rechte noch nicht selbst wahrnehmen kann. Zwischen Neugeborenem und Fötus bestehen allerdings rechtlich enorme Unterschiede. Schwer verständlich ist vor allem die Tatsache, dass ein Frühgeborenes, das in der 28. Schwangerschaftswoche zur Welt kommt, alle Menschenrechte be-

---

<sup>209</sup> Vgl. Lanz-Zumstein, M. (1994): Rechtliche Aspekte der Chromosomen- und Gendiagnostik, S. 104.

<sup>210</sup> Vgl. Krone, S. (1992): Das ungeborene Kind, S. 77.

sitzt, ein Fötus, der sich nach der 30. Schwangerschaftswoche noch im Uterus befindet, jedoch nicht.<sup>211</sup>

Dies kann sogar so weit gehen, dass abzutreibende Föten bewusst lange im Mutterleib verbleiben, damit ihre Organe reifen und anschließend für Organtransplantationen verwendet werden können.<sup>212</sup>

Der Fötus ist dann zum Abtreibungszeitpunkt bereits extrauterin lebensfähig und der einzige Unterschied zwischen Fötus und Neugeborenem ist folglich die Umgebung, in der er sich befindet, also im Uterus oder außerhalb des Uterus.

Es erscheint äußerst paradox, dass behinderte Föten nach pränataler Diagnostik bis zum letzten Tag der Schwangerschaft abgetrieben werden können, während Frühgeborenen alle erdenklichen lebenserhaltenden Maßnahmen der Intensivmedizin zukommen.

Noch unverständlicher ist in diesem Kontext die Tatsache, dass das Embryonenschutzgesetz die totipotente Zelle in der Petrischale strikt zu schützen versucht, während der bereits ausdifferenziertere Embryo im Uterus – laut § 218a Abs. 1 StGB – bis Ende der zwölften Schwangerschaftswoche so gut wie keinen Schutz genießt. Erst ab der zwölften Schwangerschaftswoche steht dem Ungeborenen ein geringfügig höherer Schutz zu, und doch erlaubt die medizinische Indikation eine straffreie Tötung des Fötus bis zum Ende der Schwangerschaft. Kommt es jedoch bei eben diesem Fötus zur Geburt, wäre seine Tötung ein Kapitalverbrechen, auf welches hohe Strafen stehen.<sup>213</sup>

#### **4.3.2 Abtreibung versus Sterbehilfe**

Rechtlich gesehen sind die Abtreibung eines Föten und die an einem Kind praktizierte aktive Sterbehilfe auf keinen Fall gleichzusetzen. Eine Abtreibung wird unter gesetzlich festgelegten Voraussetzungen geduldet und mit keiner Strafe geahndet. Die Tötung eines Neugeborenen wird dagegen hart bestraft, da es sich entweder um Totschlag (§ 212 StGB), Mord (§ 211 StGB) oder Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB)

---

<sup>211</sup> Vgl. Von Loewenich, V. (2008): Ethische Aspekte der Perinatal-Diagnostik, S. 246.

<sup>212</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 22.

<sup>213</sup> Vgl. Von Loewenich, V. (2008): Ethische Aspekte der Perinatal-Diagnostik, S. 246.

handelt. Verständlich werden die rechtlichen Unterschiede am ehesten aus historischer Sicht, denn es gab Zeiten, in denen man die Geburt als den Zeitpunkt ansah, zu dem Leben begann. Bis auf das Embryonenschutzgesetz ist es noch heute so, dass Föten und deren Leben nur eingeschränkt durch die Gesetzgebung geschützt sind.<sup>214</sup>

Überlebt ein Fötus den Schwangerschaftsabbruch, so kommt dies einer Katastrophe gleich. Je nachdem, in welcher Schwangerschaftswoche der Abbruch geschieht, kann man davon ausgehen, dass bei einem überlebenden Fötus zusätzlich schwerwiegende Schädigungen zu erwarten sind. In solchen Fällen ist es den Eltern möglich, den zuständigen Arzt auf Schadensersatz zu verklagen. Dies gilt auch in Fällen, in denen ein baldiges Lebensende absehbar ist, da eine notwendige palliativmedizinische Behandlung einen vermeidbaren finanziellen Schaden für die Eltern darstellt.<sup>215</sup>

Kommt das Kind bei einer Abtreibung lebend und ohne absehbares Lebensende zur Welt, ist der Arzt dazu verpflichtet, es sofort zu behandeln. Andernfalls würde er sich wegen Tötung durch Unterlassen strafbar machen. Aus diesem Grund besteht heute bei Spätabtreibungen die Möglichkeit, einen Fetozyd durchführen zu lassen. Da bereits die Einleitung der Abtreibung auf eine Tötung des Fötus hinausläuft, muss die zusätzliche Verabreichung einer Spritze mit tödlicher Wirkung nicht zwangsläufig als eigentliche Tötung betrachtet werden.<sup>216</sup>

In jedem Fall ist aktive Sterbehilfe in Deutschland streng verboten. Ein Kind, welches eine Abtreibung überlebt, darf daher unter keinen Umständen getötet werden. Auch nicht mit der Begründung, dass es leidet und dass dieses Leiden doch durch die missglückte Abtreibung hätte verhindert werden sollen.<sup>217</sup>

---

<sup>214</sup> Vgl. Von Loewenich, V. (2008): Ethische Aspekte der Perinatal-Diagnostik, S. 248f.

<sup>215</sup> Vgl. ebd., S. 249.

<sup>216</sup> Vgl. ebd.

<sup>217</sup> Vgl. ebd., S. 250.



### **4.3.3 Exkurs: Selektion der Geschlechter in Indien und China**

Noch heute dient die Geschlechtsbestimmung mithilfe vorgeburtlicher Diagnostik in Indien und China der Selektion. Die Selektion nach Geschlechtern ist dort zwar gesetzlich verboten, in Privatkliniken wird sie jedoch noch immer in großem Umfang durchgeführt.<sup>218</sup>

Die Gründe für dieses Vorgehen liegen auf der Hand. In Ländern, in denen der Staat Geburtenkontrollen durchführt, um einer Bevölkerungsexplosion entgegenzuwirken, sind männliche Nachkommen traditionsgemäß häufig wertvoller als weibliche. Wird bei einer Amniozentese festgestellt, dass das Ungeborene weiblich ist, so wird es abgetrieben. Denn wenn in China die Ein-Kind-Politik Eltern nur ein Kind erlaubt, dann soll es wenigstens ein wertvoller Junge sein. Um zu verhindern, dass auch Eltern in Deutschland das Geschlecht ihres Wunschkindes selbst bestimmen können, wird dort in der Regel erst nach Ablauf der zwölfwöchigen Frist das fötale Geschlecht mitgeteilt.<sup>219</sup>

Die Situation in China und Indien verdeutlicht, wie schnell Pränataldiagnostik und staatliche Interessen eine unheilvolle Verbindung eingehen können. Durch die vielen Abtreibungen weiblicher Föten herrscht heute in beiden Ländern bereits chronischer Männerüberschuss. Dadurch können weniger Ehen eingegangen werden und in der Folge werden weniger Kinder gezeugt. Man kann also getrost davon sprechen, dass der Staat sein Ziel – nämlich eine Verringerung der Geburtenzahl – mithilfe pränataldiagnostischer Methoden erfolgreich durchsetzt.

Dies ist äußerst bedenklich und es ist zu hoffen, dass die deutsche Gesetzgebung sich hieran kein Beispiel nimmt.

### **4.4 Der Einfluss vorgeburtlicher Diagnostik auf unser Menschenbild**

Durch die moderne Empfängnisverhütung können Paare heute selbstbestimmt entscheiden, wann sie Eltern werden möchten und wie viele Kinder sie bekommen. Die-

---

<sup>218</sup> Reif, M. (1990): Frühe Pränataldiagnostik und genetische Beratung, S. 37.

<sup>219</sup> Vgl. Denger, J. (1990): Down-Syndrom und pränatale Diagnostik, S. 29.

se Entscheidung wird nicht mehr dem Schicksal überlassen, sondern bewusst getroffen.<sup>220</sup>

Aber nicht nur die quantitative, sondern auch die qualitative Befriedigung des Kinderwunsches wird mittlerweile von vielen Menschen angestrebt.

Mithilfe vorgeburtlicher Maßnahmen versucht man den Menschen zu perfektionieren.<sup>221</sup>

Kritisch gesehen werden muss die Tatsache, dass ein Schwangerschaftsabbruch heute weniger konflikthaft erlebt wird. In der Annahme, dass immer noch die Möglichkeit besteht, erneut schwanger zu werden, wird die Entscheidung für einen Abbruch schnell und leichtfertig getroffen. Auch weniger schwerwiegende Behinderungen und Erkrankungen führen zu Abbrüchen. Die Einschätzung dessen, was tragbar und machbar ist, könnte in Zukunft an Bedeutung verlieren, während sich der Wunsch nach einem gesunden Kind konkretisieren und verstärken könnte.

Pränataldiagnostik scheint schon heute zu einer Erhöhung des sozialen Drucks zu führen und eine gesellschaftliche Erwartungshaltung auszulösen, welche verständnislose Reaktionen gegenüber Frauen, die trotz erhöhten Alters auf Pränataldiagnostik verzichten, provoziert.<sup>222</sup>

Gebären Schwangere dann nach dem Verzicht auf vorgeburtliche Diagnostik ein behindertes Kind, befinden sie sich in einer äußerst schwierigen Lage. Indirekt schiebt ihnen die Gesellschaft die Schuld an der Behinderung oder zumindest an der Geburt des Kindes zu. Bei der Entscheidung für ein behindertes Kind wird meist nicht das Kind an sich als schwierig erlebt, sondern vielmehr die sozialen Reaktionen auf das behinderte Kind.<sup>223</sup>

Das Streben nach Perfektion kommt einem „Revival eugenischer Wertvorstellungen“ gleich, denn schon Ende des 19. Jahrhunderts wurde in Deutschland der Mensch erstmals auf seine biologische Ausstattung reduziert und das Lebensrecht Behinderter in Frage gestellt. Während des Nationalsozialismus diente die Rassenhygiene – wie die Eugenik damals auch genannt wurde – der Befreiung der Gesellschaft von

---

<sup>220</sup> Vgl. Wilken, E. (2002): Pränatale Diagnostik und Häufigkeit des Down-Syndroms, S. 159.

<sup>221</sup> Vgl. Beck, U. (1990): Eugenik der Zukunft, S. 80.

<sup>222</sup> Vgl. Reif, M. (1990): Frühe Pränataldiagnostik und genetische Beratung, S.23f.

<sup>223</sup> Vgl. Halder, C. (2000): Down-Syndrom, S. 24.

sogenannten „Ballastexistenzen“. Es ist jedoch schwer zu sagen, ob man die heutige Form der vorgeburtlichen Selektion tatsächlich mit der Rassenhygiene des Dritten Reiches gleich setzen kann.<sup>224</sup>

Das heutige Menschenbild orientiert sich an Leistung, Erfolg, Perfektionierung, Gesundheit, Schönheit und Intelligenz.<sup>225</sup>

Dieses neue Menschenbild, das durch die Industrialisierung hervorgebracht wurde, bewertet den Menschen nach seinem ökonomischen Nutzen. Grundlage hierfür bietet unter anderem Darwins Theorien über die Durchsetzung des Stärkeren, den Kampf ums Überleben und das Prinzip der natürlichen Selektion, die von vom Tierreich auf die Gesellschaft übertragen wurden (= Sozialdarwinismus).<sup>226</sup>

REIF beschreibt die Pränataldiagnostik daher auch als ein Werkzeug, das mehr und mehr dazu dient, das Ungeborene einer „Qualitätskontrolle“<sup>227</sup> zu unterziehen.

Es wäre wichtig und unbedingt notwendig, das vorherrschende Menschenbild dahingehend zu verändern, dass es sich nicht weiterhin am Nutzen des Einzelnen orientiert, sondern die Individualität jedes Menschen akzeptiert und schätzt. Nur so kann die angestrebte soziale Integration behinderter Menschen erfolgreich verwirklicht werden.<sup>228</sup>

Sicherlich gibt es hierfür keine Patentlösung. Allerdings denke ich, dass jede Maßnahme, die behinderte Menschen in die Öffentlichkeit und somit in unser Gesellschaftsbild rückt, sich positiv auf unser Bild von Behinderung und somit gleichzeitig auf unser Menschenbild auswirken kann. Behinderung muss normal werden und dies ist nur möglich, wenn sie nicht mehr versteckt oder isoliert wird, sondern zum Alltag dazugehört.

---

<sup>224</sup> Nippert, I. (1994): Frauen und Pränataldiagnostik, S. 72; vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 1.

<sup>225</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 1 und S. 78f.

<sup>226</sup> Vgl. Willenbring, M. (1999): Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind, S. 40.

<sup>227</sup> Reif, M. (1990): Frühe Pränataldiagnostik und genetische Beratung, S.24.

<sup>228</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 56.

#### **4.4.1 Unser Bild von Behinderung**

Die Diagnose *behindertes Kind* bedeutet für viele Schwangere ein Dilemma. Sie müssen sich zwischen zwei Alternativen entscheiden, die sie sich beide so nicht gewünscht haben. Es besteht die Möglichkeit, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen, aber auch die Möglichkeit, ein behindertes Kind zu gebären.<sup>229</sup>

Nicht jedes Kind mit Down-Syndrom jedoch ist geistig behindert und nicht jedes Kind mit Spina bifida ist körperlich eingeschränkt. Die Begriffe beschreiben keine Individuen. Es sind Sammelbegriffe oder auch Gruppendiagnosen, die jedoch nicht jeden, der dieser Gruppe zugeordnet wird, wirklich beschreiben.

Aussagen über Schweregrad oder individuelle Ausprägung einer zu erwartenden Erkrankung oder Schädigung können aufgrund vorgeburtlicher Diagnostik nicht getroffen werden.<sup>230</sup>

Diese Gruppendiagnosen klammern bewusst das Erfahrungswissen aus, dass Behinderungen häufig nicht nur hinsichtlich körperlicher Merkmale variieren, sondern auch hinsichtlich Sozialverhalten, Entwicklungschancen, intellektueller und sprachlicher Kompetenzen und vieler weiterer Aspekte.<sup>231</sup>

Menschen mit einer Behinderung bilden in unserer Gesellschaft eine Minderheit und unabhängig davon, wie weit sich die Medizin entwickelt, wird es immer eine kleine Gruppe von Menschen geben, die mit Krankheiten oder Behinderungen zu kämpfen hat. Von dieser Minderheit sind laut KIRCHNER-ASBROCK / KURMANN nur 1% von einer genetisch bedingten Behinderung betroffen, während weitere 2% im Laufe der Schwangerschaft oder perinatal entstehen. Folglich haben über 90% aller Behinderungen eine postnatale Ursache und sind daher auch nicht durch PND verhinderbar.<sup>232</sup>

Pränatale Diagnostik vermittelt jedoch den Eindruck, dass Behinderung heutzutage vermeidbar sei und unter allen Umständen verhindert werden müsse. Daher ist PND keinesfalls ethisch neutral, sondern sie misst das Ungeborene am vermeintlich Normalen, bewertet es als *gesund*, *krank* oder *behindert* und selektiert daraufhin. Es

---

<sup>229</sup> Vgl. Wilken, E. (2002): Pränatale Diagnostik und Häufigkeit des Down-Syndroms, S. 160.

<sup>230</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 11.

<sup>231</sup> Vgl. Müller-Wiedemann, H. (1990): Pränatale Diagnostik als soziale Herausforderung, S. 88.

<sup>232</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 15.

geht also vordergründig nicht um Diagnostik, sondern um soziale Normen und deren Durchsetzung.<sup>233</sup>

Die Selbstverständlichkeit, mit der schwangere Frauen heute mit selektiver Diagnostik konfrontiert sind, schafft eine gesellschaftliche Norm. Diese Norm betrifft und verändert unser Menschenbild, unsere Sicht auf Frauen, Schwangerschaft und das Eltern-Werden und natürlich unsere Vorstellung von Kindern.<sup>234</sup>

Ein gesundes Kind ist nicht mehr Schicksal, sondern machbar. Klagen zeigen, dass behinderte Kinder als Fehler des Arztes angesehen werden. Nicht alles, was jedoch technisch und medizinisch möglich scheint, ist auch sinnvoll. Nur, weil es heute keine Kinder mehr mit Down-Syndrom geben muss, heißt das noch lange nicht, dass unsere Gesellschaft auf sie verzichten sollte.

Da der größte Teil unserer Gesellschaft nicht von Behinderung betroffen ist, gelten Gesundheit und Leistungsfähigkeit als essenziell für ein glückliches Leben, während Behinderung und Krankheit oftmals mit Leid gleichgesetzt werden. Dabei wird übersehen, dass ein Kind mit Down-Syndrom nicht an der Veränderung in seinem genetischen Material leidet, sondern an der gesellschaftlichen Reaktion und daran, dass es unter Umständen keine Freunde findet.<sup>235</sup>

Doch schon in den 1920er Jahren wurde die Frage nach dem Leiden behinderter Menschen diskutiert. Entscheidungen für oder gegen eine Sterilisation zur Prävention von behinderten Kindern wurden damals noch frei und individuell getroffen. Erst der Nationalsozialismus machte daraus Zwangsmaßnahmen und stellte nicht mehr die Erbgesundheit in den Mittelpunkt, sondern die Rassenhygiene. Dadurch, dass das Leben mit einer Behinderung permanent abgewertet wurde und Ängste vor der Geburt eines behinderten Kindes geschürt wurden, konnten eugenische Handlungsweisen nahezu optimal über individuelle und freiwillig erscheinende Wertentscheidungen durchgesetzt werden. Entscheidungen für die Geburt behinderter Kinder werden teilweise auch heute wieder als unverantwortlich empfunden.<sup>236</sup>

Wird heute das Down-Syndrom diagnostiziert, so entscheidet sich die Mutter im Regelfall für einen Schwangerschaftsabbruch. Dennoch hat sich in den letzten Jahren

---

<sup>233</sup> Vgl. Kirchner-Asbrock, E. / Kurmann, M. (1998): Schwanger sein – ein Risiko? S. 16.

<sup>234</sup> Vgl. ebd., S. 17.

<sup>235</sup> Vgl. ebd., S. 15.

<sup>236</sup> Vgl. Wunder, M. (1994): Prävention und neue Bioethik, S. 119.

die Gesamtzahl der Neugeborenen mit dieser Chromosomenveränderung kaum verändert. Ein Grund dafür ist, dass allgemein die meisten Kinder von Müttern im Alter zwischen 25 und 34 geboren werden. Folglich bringt auch diese Gruppe von Müttern die meisten Kinder mit Trisomie 21 zur Welt. Da aber Frauen erst ab einem Alter von 35 Jahren zu pränatalen Untersuchungen geraten wird, fallen viele Kinder mit Down-Syndrom erst kurz vor oder nach der Geburt als solche Kinder auf.<sup>237</sup>

Dass sich laut WILKEN der Anteil von Kindern mit Trisomie 21 an der Gesamtpopulation geistig behinderter Kinder dennoch fast halbiert hat, könnte eventuell damit zusammenhängen, dass die Untersuchungen sich auf Schulen für Geistigbehinderte beziehen, und somit Kinder mit Down-Syndrom an anderen Schulen vernachlässigen. Denkbar wäre auch, dass heute mehr Kinder als Frühchen mit geistigen Beeinträchtigungen zur Welt kommen und nur mithilfe neuester medizinischer Technik am Leben gehalten werden können.<sup>238</sup>

Die negative gesellschaftliche Einstellung gegenüber Behinderten ist unter anderem die Folge unseres gesellschaftlichen Strebens nach Leistung, Perfektion und Autonomie.<sup>239</sup>

Gerade Kinder, aber durchaus auch Erwachsene, benutzen Begriffe wie: behindert, Spasti, Behindi-Kindi, Mongo, Idiot und Schwachsinniger als Schimpfwörter. Meines Wissens existieren ausschließlich negativ besetzte Wörter, die man Menschen mit Behinderungen zuschreibt. Auch verwendet man häufig den Begriff *Behinderter*, anstatt an erster Stelle den Menschen hervorzuheben, der erst unterrangig eine Behinderung aufweist. All diese Bezeichnungen und Begriffe machen es behinderten Menschen schwer, akzeptiert zu werden. Durch das Fehlen positiver Begriffe und die ungenügenden Kenntnisse über Schädigungsformen entsteht ein negatives, bemitleidenswertes Bild von Behinderung in der Gesellschaft.

Auch die Tatsache, dass von bestimmten Behinderungen sehr klischeehafte Bilder in den Köpfen der Menschen herrschen, macht es Familien mit behinderten Kindern nicht leicht, sich in das gesellschaftliche Leben zu integrieren. Viele Menschen schließen vom Aussehen behinderter Menschen direkt auf deren Persönlichkeit oder deren kognitive Fähigkeiten. Ablehnung und Unterschätzung sind frustrierend und können sich negativ auf die Entwicklung auswirken.

---

<sup>237</sup> Vgl. Halder, C. (2000): Down-Syndrom, S. 11.

<sup>238</sup> Vgl. Wilken, E. (2002): Pränatale Diagnostik und Häufigkeit des Down-Syndroms, S. 162.

<sup>239</sup> Vgl. Willenbring, M. (1999): Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind, S. 47.

Kinder mit Down-Syndrom haben es besonders schwer, weil man ihnen die genetische Besonderheit meist direkt ansieht. Sie tragen sozusagen den Stempel *behindert* auf der Stirn.

Und obwohl das Down-Syndrom sicherlich nicht immer mit einer schweren geistigen Behinderung verbunden ist, trägt allein die Tatsache, dass Down-Syndrom meist für jeden Außenstehenden direkt sichtbar ist und heute als vermeidbar gilt, dazu bei, dass die Abtreibungsrate bei Trisomie 21 so hoch ist.

Es wird also bereits vor der Geburt selektiert. Das Bild von Behinderung entscheidet über Leben und Tod. Die Entscheidung beeinflusst wieder das Bild.

Diese selektive Benachteiligung erfolgt, obwohl das Antidiskriminierungsgesetz seit 1994 die Diskriminierung von Menschen wegen deren Behinderung verbietet.<sup>240</sup>

Möglich ist dies nur, weil gesetzlich festgelegt wurde, dass der Mensch erst mit Einsetzen der Eröffnungswehen zum Menschen wird. Eine völlig willkürliche und, in Verbindung mit pränataler Diagnostik, diskriminierende Festlegung.

Die selektive Pränataldiagnostik bedroht somit die Existenz von behinderten Menschen, da man den Moment abpasst, in welchem man ihnen noch keine Menschenrechte zugesteht, um sie zu eliminieren.<sup>241</sup>

Man kann sich daher durchaus fragen, ob die Menschenrechte wirklich für alle Menschen gleich sind.

Es wird daher zunehmend wichtiger, Behinderung zu thematisieren, positive Aspekte zur Sprache zu bringen und die Familien behinderter Kinder zu unterstützen und vor einer sozialen Isolation zu schützen. Durch eine zunehmende Integration in allen Lebensbereichen erhoffen sich viele behinderte Menschen eine Verbesserung der Einstellung ihnen gegenüber und eine nachhaltige Veränderung des Denkens.

#### **4.4.1 Kosten-Nutzen-Berechnungen**

Früher – und teilweise auch heute noch – wurden häufig die Kosten pränataler Diagnostik und eines möglichen anschließenden Schwangerschaftsabbruchs als beson-

---

<sup>240</sup> Vgl. Baldus, M. (2006): Von der Diagnose zur Entscheidung, S. 36.

<sup>241</sup> Vgl. ebd., S. 46.

ders preiswert gegenüber der lebenslangen Versorgung eines behinderten Kindes angegeben.

REIF bestätigt, dass noch vor wenigen Jahren Veröffentlichungen im Zusammenhang mit genetischer Beratung standen, welche die Kosten und den Nutzen behinderter Menschen gegeneinander abwogen. Man gewann dabei den Eindruck, dass die genetische Beratung das Ziel verfolge, die Zahl behinderter Menschen zu minimieren.<sup>242</sup>

Kosten-Nutzen-Berechnungen sagen jedoch nichts über die individuellen Mehrkosten eines behinderten Kindes im Vergleich zu einem nichtbehinderten Kind aus. Der routinemäßige Einsatz der Tests soll lediglich deren Anschaffungskosten rechtfertigen.<sup>243</sup>

Dies wird deutlich, betrachtet man die Diskrepanz zwischen den durchgeführten Amniozentesen und den daraus resultierenden positiven Befunden. Allein anhand der geringen Anzahl positiver Befunde bei gleichzeitig hohem ökonomischem Aufwand für pränataldiagnostische Untersuchungsmethoden ist zu bezweifeln, dass man mithilfe dieses Verfahrens wirklich Kosten sparen kann. Zumal nicht erwiesen ist, dass behinderte Kinder zwangsläufig eine kostenintensivere Betreuung in Anspruch nehmen als nichtbehinderte Kinder. Denn jedes Kind kann krank werden und auf Pflege angewiesen sein, ob behindert oder nichtbehindert.

Dennoch scheint es so zu sein, dass der finanzielle Mehraufwand, der durch diverse kindliche Fehlbildungen entstehen kann – oder zumindest die Angst davor – und die teilweise unzureichende staatliche Unterstützung und ungenügende finanzielle Absicherung durch die Sozialpolitik, viele Schwangere bei einem positiven Befund zu einem Schwangerschaftsabbruch bewegt.<sup>244</sup>

Die elterliche Hoffnung auf ein gesundes Wunschkind korrespondiert offenbar mit dem gesellschaftlichen Interesse an möglichst geringen Kosten im Sozialbereich. Man unterliegt jedoch einem Irrtum, wenn man denkt, man könne durch die Zunahme der Diagnostik, zu einer Abnahme genetisch belasteter Erbträger beitragen, denn Neumutationen können nicht verhindert werden. Zudem bilden genetisch bedingte

---

<sup>242</sup> Vgl. Reif, M. (1990): Frühe Pränataldiagnostik und genetische Beratung, S. 32.

<sup>243</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 22.

<sup>244</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 59.



Behinderungen eine Minderheit in der Gruppe aller Behinderungen. Auch aus diesem Grund scheinen Kosten-Nutzen-Berechnungen nicht legitimierbar.<sup>245</sup>

Äußerst unlogisch erscheinen mir in diesem Zusammenhang die Bestrebungen, intensivmedizinische Maßnahmen bei Frühgeborenen auszuweiten, in dem Wissen, dass die Kinder zwar gerettet werden können, jedoch in vielen Fällen mit körperlichen und geistigen Behinderungen zu rechnen ist. Denn gerade geistige und körperliche Behinderungen werden doch laut Kosten-Nutzen-Analysen als besonders kostspielig dargestellt und sollen verhindert werden.

GÄCH zufolge kommt es bei etwa 10% bis 20% der Frühgeborenen zu zerebralen Schädigungen sowie zu daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Motorik, der Sprache, der Intelligenz und des Verhaltens. Diese Kinder benötigen manchmal weit mehr Therapiekosten, als beispielsweise ein Kind mit Down-Syndrom, das etwa zur gleichen Zeit abgetrieben wird. Kostenberechnungen sind daher äußerst relativ.<sup>246</sup>

Würde man diese Kosten-Nutzen-Berechnungen auch auf andere Lebensbereiche ausweiten, so müsste man sich bald fragen, ob sich Operationen bei Senioren ab einem bestimmten Alter überhaupt noch lohnen. Solch eine Frage ist meines Erachtens unzulässig, wenn man berücksichtigt, dass unser Grundgesetz besagt, dass die Würde eines jeden Menschen unantastbar ist.

#### **4.4.2 Lebensrechtsdebatte**

Die wahrscheinlich bedeutendste Frage im Kontext der Lebensrechtsdebatte ist: Wann spricht man von menschlichem Leben? Bedeutet schon die Vereinigung von Spermium und Eizelle menschliches Leben, oder erst die Zellteilung, die Einnistung oder der erste Herzschlag? Kann man erst von Leben sprechen, wenn der Fötus außerhalb des Körpers überlebensfähig wäre? Oder erst nach der Geburt? Oder bedeutet Leben, dass man eigenständig für sich sorgen muss, um ein Recht auf Leben zu besitzen?

---

<sup>245</sup> Vgl. Lanz-Zumstein, M. (1994): Rechtliche Aspekte der Chromosomen- und Gendiagnostik, S. 103.

<sup>246</sup> Vgl. Gäch, A. (1990): Pränataldiagnostik-Boom, S. 68.

Es ist kaum möglich, diese Frage zu beantworten. Dafür wissen wir zu wenig über die menschliche Entwicklung aus der Sicht des sich gerade erst entwickelnden Embryos.

Man einigte sich daher auf eine medizinisch-pragmatische Antwort auf die Frage nach dem Beginn menschlichen Lebens und dessen Schutzwürdigkeit. Da bis zur zwölften Schwangerschaftswoche die Knochenstruktur des Embryos für eine Absaugung noch nicht zu fest ist, wurde dieser Zeitpunkt gewählt, um eine Frist für die soziale und kriminologische Indikation bei einem Schwangerschaftsabbruch zu setzen. Dabei wurde außer Acht gelassen, dass sich der Embryo bis zu diesem Zeitpunkt bereits erstaunlich entwickelt hat. Der Arzt kann bereits den Herzschlag, Atmung und Hirnströme messen. Auch Schluckbewegungen sind feststellbar. Der embryonale Körper ist bereits acht Zentimeter lang und alle Organe sind angelegt. Die ehemalige Frist von 22 Schwangerschaftswochen für einen Schwangerschaftsabbruch aus eugenischer Indikation orientierte sich damals an der extrauterinen Überlebensfähigkeit. Aus solchen Überlegungen ergeben sich noch heute rechtliche Vorgaben und medizinische Fristen, die zwar dem gesellschaftlichen Konsens entsprechen, jedoch nicht der menschlichen Entwicklung.<sup>247</sup>

Bemerkenswert scheint auch, dass das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren weit mehr Gewicht hat, als das Lebensrecht des Föten und somit zu einem Fremdbestimmungsrecht über den Fötus wird.<sup>248</sup>

Es scheint jedoch darauf anzukommen, um welchen Fötus es sich bei einer Abtreibung handelt. Während sich Frauen, Politiker und Kirchen nicht einigen können, bis wann der Schwangerschaftsabbruch bei einem „normalen“ Kind möglich sein soll, um zu verhindern, dass es die Abtreibung bewusst und schmerzempfindungsfähig miterlebt, scheint dieses Argument nicht für die Abtreibung behinderter Föten zu gelten, die auch nach dem sechsten Monat noch bedenkenlos abgetrieben werden. Empfindungsfähigkeit und Schmerzempfindlichkeit scheinen bei einem fehlgebildeten Fötus plötzlich keine Rolle mehr zu spielen. VOGEL bezeichnet dies als Rassismus.<sup>249</sup>

---

<sup>247</sup> Vgl. Gäch, A. (1990): Pränataldiagnostik-Boom, S. 66ff.

<sup>248</sup> Vgl. ebd., S. 69.

<sup>249</sup> Vgl. Vogel, W. (1994): Zum Selbstverständnis der genetischen Beratung, S. 64.

RADTKE erwähnt den Fall des „Erlanger Baby[s], das im Körper seiner toten Mutter aufgezogen wurde mit der signifikanten Aussage: Wir werden das Baby zur Welt bringen, denn alles andere wäre Tötung [...]“.<sup>250</sup>

Hätte es sich bei diesem Fötus um ein Kind mit Down-Syndrom oder Spina bifida gehandelt, so wären sicherlich die medizinischen Maßnahmen mehrfach überdacht worden und man wäre vielleicht zu dem Schluss gekommen, dass es das Beste für das Ungeborene sei, wenn man es sterben ließe.

Grundlage für die ehemalige eugenische Indikation – und somit auch für die Lebensrechtsdebatte – boten im 19. Jahrhundert Darwins Selektionstheorie, Mendels Vererbungslehre und die Begründung der Eugenik durch Galton.<sup>251</sup>

Darwin nahm an, dass eine Art nur fortbestehen und sich weiterentwickeln könne, wenn die Stärkeren über die Schwächeren dominierten und eine Selektion stattfand. Während des Nationalsozialismus wurden die Grundgedanken des Darwinismus konsequent weitergeführt und pervertiert.<sup>252</sup>

Man darf jedoch nicht glauben, dass mit dem Ende des Dritten Reiches auch die Lebensrechtsdebatte verschwand. Noch heute rechtfertigt der australische Philosoph und Ethiker Peter Singer die Tötung behindert geborener Kinder bis zu einem Monat nach deren Geburt, mit dem Argument, dass sie nicht rational denken könnten, weder autonom noch selbstbewusst seien und deshalb keinen Personenstatus besäßen. Er begründet seine Meinung hinsichtlich der Tötung Neugeborener damit, dass das Abwarten bis nach der Geburt diagnostische Lücken schließen würde, da man Behinderungen anschließend deutlicher erkennen könne. Seiner Meinung nach würde diese diagnostische Methode das Leben von einer Vielzahl von Föten retten, die sonst beispielsweise aufgrund fehlerhafter pränataldiagnostischer Diagnosen abgetrieben worden wären.<sup>253</sup>

Es scheint also so, als wäre Peter Singer der absurden Auffassung, dass Mord als Rechtfertigung für sichere Diagnostik zu sehen sei.

Befürworter der Amniozentese weisen vor allem darauf hin, dass viele öffentliche Gelder durch dieses Verfahren eingespart werden könnten und dass gleichzeitig vie-

---

<sup>250</sup> Radtke, P. (1994): Pränatale Diagnose und genetische Beratungsstellen, S. 38.

<sup>251</sup> Vgl. Denger, J. (1990): Down-Syndrom und pränatale Diagnostik, S. 36f.

<sup>252</sup> Vgl. ebd., S. 37f.

<sup>253</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 92ff.

len Familien und auch den betroffenen Kindern Leid erspart werden könne. Kritiker setzen diese Argumentation mit Aussagen aus der NS-Zeit gleich, mit dem einfachen Unterschied, dass Euthanasie damals *nach* der Geburt durchgeführt wurde, während selektive Abtreibungen heute bereits *vor* der Geburt behinderter Kinder einsetzen.<sup>254</sup>

GÄCH betont die Brisanz und Vielschichtigkeit der Fragestellung, die dadurch entsteht, dass immer mehr therapeutische Schwangerschaftsabbrüche nach positivem Befund und lebenserhaltende Maßnahmen bei Frühgeborenen zeitlich eng zusammenrücken. Denn heute ist es möglich, Kinder zum Zeitpunkt einer Spätabtreibung anhand neuester medizinischer Technik am Leben zu halten. Die intrauterinen Behandlungsmöglichkeiten und die Versorgung Neugeborener werden stetig verbessert.<sup>255</sup>

Ist also Down-Syndrom nur ein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch, weil man es pränatal erkennen kann, oder würde man jede minimale Krankheit oder Leistungsminderung abtreiben, wenn man sie pränatal diagnostizieren könnte? Wäre vielleicht ein niedriger IQ Grund genug für eine Abtreibung, sobald man ihn pränatal ermitteln könnte?

Dies würde bedeuten, dass man behinderten Menschen den Lebenswert abspräche und ihnen keinen Schutz des Lebens zugestünde. Gleichzeitig würde dies DANGER zufolge bedeuten, dass Gesundheit und Krankheit als offensichtliche und eindeutig diagnostizierbare Zustände verstanden werden müssten, die sich polar gegenüberstehen. Da der Mensch jedoch unvollkommen geboren wird und sein Entwicklungspotenzial nicht ausschließlich auf Gesundheit basiert, ist Gesundheit auch keine Voraussetzung für eine positive Entwicklung und sicherlich auch kein Zustand, sondern eher ein labiles Gleichgewicht zwischen physischen und psychischen Aspekten.<sup>256</sup>

Gesundheit und Krankheit können sehr individuell ausgeprägt sein. Gemeinsam ist der Gesundheit lediglich, dass ein Gesunder sich im Gleichgewicht befindet und ein Kranker im Ungleichgewicht. Ein und dieselbe Krankheit kann sich bei zwei Erkrankten sehr unterschiedlich auswirken.<sup>257</sup>

---

<sup>254</sup> Vgl. Denger, J. (1990): Down-Syndrom und pränatale Diagnostik, S. 35.

<sup>255</sup> Vgl. Gäch, A. (1990): Pränataldiagnostik-Boom, S. 68.

<sup>256</sup> Vgl. Denger, J. (1990): Down-Syndrom und pränatale Diagnostik, S. 38f.

<sup>257</sup> Vgl. ebd., S. 39f.

Doch obwohl Leid ebenso wie Gesundheit und Krankheit ein relativer Zustand ist, scheint man einem behinderten Kind umso weniger Lebenswert und Lebensrecht zuzugestehen, je höher das zu erwartende Leid ist.<sup>258</sup>

Vorgeburtliche Diagnostik ist nicht nur ein Instrument der Selektion nach Leistungskriterien, sondern sie vermittelt zusätzlich neue Normen von Krankheit und Behinderung. Sie setzt neue Maßstäbe, nach denen behinderte Kinder weniger lebens- und gleichzeitig lebenswert sind als nichtbehinderte.<sup>259</sup>

Diese neuen Werte und Normen könnten in Verbindung mit einer „allgemeinen vorgeburtlichen Qualitätsprüfung menschlichen Lebens“<sup>260</sup> dazu führen, dass behinderte Menschen gesellschaftlich ausgegrenzt und benachteiligt werden.

Die Diskussion über wertenes und unwertes Leben bedroht somit die Existenz behinderter Menschen.<sup>261</sup>

---

<sup>258</sup> Vgl. Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. 91.

<sup>259</sup> Vgl. Schindele, E. (1994): Die kontrollierte Schwangere, S. 83.

<sup>260</sup> Neuer-Miebach, T. / Tarneden, R. (1994): Vom Recht auf Anderssein, S. 148.

<sup>261</sup> Vgl. Halder, C. (2000): Down-Syndrom, S. 11.

## **5. Persönliche Stellungnahme**

Pränataldiagnostik vermittelt oftmals scheinbar Sicherheit, wo sie realistisch betrachtet eher Unsicherheit schafft. Dies belegt nicht nur ein erhöhtes Fehlgeburtsrisiko infolge invasiver Methoden, sondern auch das Fehlen von Therapiemöglichkeiten nach dem Erhalt eines positiven Befundes.

Diese Unsicherheit erzeugt Schuldgefühle, egal, welche Entscheidung eine Schwangere trifft oder bewusst nicht trifft. Denn erleidet sie aufgrund invasiver Pränataldiagnostik eine Fehlgeburt, lässt sie einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, oder bekommt sie ein behindertes Kind, so fühlt sie sich meist schuldig.

Pränataldiagnostik ist folglich auch nur für die Frauen entlastend, die ein gesundes Baby bestätigt bekommen, nicht aber für diejenigen, die einen positiven Befund erhalten.

Würden in Zukunft nichtinvasive Methoden routinemäßig bei jeder Schwangeren angewendet, so wäre es möglich, dass die unsicheren Befunde solcher Untersuchungen schwangere Frauen verunsichern könnten und sie dazu brächten, risikoreichere Untersuchungen in Anspruch zu nehmen, um sich abzusichern.

Stiege daraufhin die Inanspruchnahme invasiver Methoden an, um unsichere Befunde abzusichern, so würden vermutlich mehr fötale Fehlbildungen vorgeburtlich diagnostiziert werden. Durchaus denkbar wäre, dass daraufhin die Abtreibungsraten stiegen, was damit zusammenhinge, dass ein positiver Befund heute noch immer einen Grund für einen Schwangerschaftsabbruch darstellt.

Ich persönlich denke, dass die Pränataldiagnostik an sich unproblematisch wäre, würde sie das tun, was sie vorgibt zu tun. Da sie jedoch nicht ausschließlich diagnostiziert, sondern bestimmte Normen beeinflusst – nämlich was gesund, also normal, oder krank, und somit unnormale, ist – macht sie die Abtreibung behinderter Föten so selbstverständlich.

Vorgeburtliche Diagnostik dient daher auch nicht der Gesundheit des Kindes, sondern der Selektion gesunder Kinder. Lediglich die Gesundheit der Kinder, die auf Kosten abgetriebener behinderter Kinder zur Welt kommen, wird geschützt. Ich stimme somit VOGEL zu, der feststellt, dass es falsch wäre, zu behaupten, dass ge-

schädigte Kinder durch PND von ihrer Behinderung geheilt werden können. Vielmehr werden die betroffenen Familien und die Gesellschaft von Behinderung geheilt.<sup>262</sup>

Durch die selbstverständliche Abtreibung behinderter Föten wird – falls in Zukunft routinemäßig bei jeder Schwangeren PND durchgeführt werden wird und sich gleichzeitig der Konsens bildet, dass selektive Abtreibungen richtig und notwendig sind – die Rate diagnostizierbarer genetisch bedingter Behinderungen gegen Null gehen.

Diese Vorstellung erscheint mir besonders bedeutsam, da Pränataldiagnostik den Anschein vermittelt, dass Behinderung etwas Negatives ist, das unter allen Umständen zu vermeiden ist. Niemand scheint dabei zu bedenken, dass mehr als 90% aller Behinderungen eben nicht pränatal verhinderbar sind. Sie entstehen entweder während oder nach der Geburt oder sind schlicht und ergreifend nicht diagnostizierbar.

Doch genau diese falsche Annahme macht das Leben behinderter Menschen sehr schwer. Treten sie in der Öffentlichkeit auf, so scheint die Gesellschaft fragen zu wollen: „Warum konnte denn niemand dieses Leid verhindern, wo es heute doch so gute pränataldiagnostische Methoden gibt? Heute muss doch kein Mensch mehr mit einer Behinderung geboren werden!“

Es ist zu hoffen, dass sich die Geschichte des Nationalsozialismus – wenn auch unter etwas anderen Umständen – nicht eines Tages wiederholt.

Ich befürchte, und schließe mich dabei der Meinung von SCHINDELE an, dass Pränataldiagnostik irgendwann dazu verwendet werden könnte, Übergewicht oder Homosexualität zu diagnostizieren und anschließend eine Abtreibung zu legalisieren. Glücklicherweise konnten bisher noch keine Gene identifiziert werden, die das Gewicht oder die sexuelle Orientierung bestimmen.<sup>263</sup>

Unsere Gesellschaft könnte ihren Wunsch nach Perfektion übertreiben und sich ein konkretes Bild von *dem* perfekten Menschen machen und vorgeburtliche Diagnostik in Verbindung mit Präimplantationsdiagnostik dazu verwenden, dieses Ziel zu erreichen.

Vielleicht wird es tatsächlich irgendwann möglich sein, die Schwangerschaft in Folge einer Wunsch-Kind-Indikation abubrechen, weil das zu erwartende Kind das falsche

---

<sup>262</sup> Vgl. Vogel, W. (1994): Zum Selbstverständnis der genetischen Beratung, S. 65.

<sup>263</sup> Vgl. Schindele, E. (1994): Die kontrollierte Schwangere, S. 83.

Geschlecht, die falsche Haarfarbe, die falsche Augenfarbe oder eine zu geringe Intelligenz aufweist.

Ich frage mich, ebenso wie BECK, ob die Gentechnik irgendwann als Alternative zur Bildung angeboten werden könnte, hoffe jedoch, dass diese absurde Vorstellung niemals Realität werden wird.<sup>264</sup>

Ich stimme BLATT voll und ganz zu, dass die vertrauliche Behandlung genetischer Daten immens wichtig ist, da deren Weitergabe einen negativen Einfluss auf das Leben Einzelner haben könnte. Auswirkungen auf Arbeits- und Privatleben, sowie finanzielle und psychologische Konsequenzen wären denkbar.<sup>265</sup>

Die Tolerierung selektiver Abtreibungen seitens der Gesellschaft trägt dazu bei, dass behinderte Menschen bereits vor der Geburt diskriminiert werden. Dies führt zwangsläufig dazu, dass diejenigen Behinderten, die geboren werden, automatisch ebenfalls diskriminiert werden. Für die Zukunft ist zu befürchten, dass Behinderung gesellschaftlich inakzeptabel werden wird und dass neue Gesetze verabschiedet werden könnten, die behinderten Menschen eine Versorgung durch unseren Sozialstaat verwehren.

Wie WUNDER bin ich der Meinung, dass Diskriminierung heute viele Gesichter hat. Kinder werden selektiv nicht gezeugt, selektiv abgetrieben, Samen oder Eizellen werden bei der Insemination selektiv nicht genutzt, Embryonen werden nach der künstlichen Befruchtung selektiv nicht implantiert und schwerstbehinderte Neugeborene werden selektiv nicht behandelt.<sup>266</sup>

Und das alles, obwohl unsere Gesellschaft behauptet, Integration – ja sogar Inklusion – anzustreben.

Ich hoffe nicht, dass Inklusion bedeuten soll, dass es irgendwann keine Minderheiten mehr geben wird, weil sie vorgeburtlich diagnostiziert und vernichtet wurden. Nicht in der Gleichheit, sondern in der Verschiedenheit liegt meines Erachtens eine große Chance.

---

<sup>264</sup> Vgl. Beck, U. (1990): Eugenik der Zukunft, S. 80.

<sup>265</sup> Vgl. Blatt, R. J. R. (1991): Bekomme ich ein gesundes Kind? S. 51.

<sup>266</sup> Vgl. Wunder, M. (1994): Prävention und neue Bioethik, S. 117.



Ich möchte nun noch einmal auf mein Eingangszitat von Robert Audrey zurückkommen:

„Wir streben nach dem Unerreichbaren und verhindern so die Verwirklichung des Möglichen.“

Indem wir nach Perfektion streben, nach einer Welt ohne Behinderung, verlieren wir den Blick dafür, dass wir Behinderung nicht verhindern können. Wir sollten stattdessen versuchen, die Welt, die wir gemeinsam mit behinderten Menschen teilen, so zu perfektionieren, dass deren Behinderung an Wichtigkeit verliert.

## **6. Quellenverzeichnis**

### **Literatur:**

**Arz de Falco, Andrea (1996):** Töten als Anmassung - Lebenlassen als Zumutung. Die kontroverse Diskussion um Ziele und Konsequenzen der Pränataldiagnostik. Freiburg, Schweiz: Universitäts-Verlag

**Baitsch, Helmut; Sponholz, Gerlinde (1993):** Genetische Beratung, Pränatale Diagnostik und was dann? In: Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung e.V. (Hrsg.): Früherkennung von Entwicklungsrisiken. Dokumentation des 7. Symposiums Frühförderung, Tübingen, München, Basel: E. Reinhardt, S. 33 – 38.

**Baldus, Marion (2006):** Von der Diagnose zur Entscheidung. Eine Analyse von Entscheidungsprozessen für das Austragen der Schwangerschaft nach der pränatalen Diagnose Down-Syndrom. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt

**Beck, Ulrich (1990):** Eugenik der Zukunft. In: Denger, Johannes (Hrsg.): Plädoyer für das Leben mongoloider Kinder. Down-Syndrom und pränatale Diagnostik. Stuttgart: Verl. Freies Geistesleben, S. 75 – 81

**Blatt, Robin J. R. (1991):** Bekomme ich ein gesundes Kind? Chancen und Risiken der vorgeburtlichen Diagnostik. Dt. Erstausgabe, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

**Denger, Johannes (1990):** Down-Syndrom und pränatale Diagnostik. In: Denger, Johannes (Hrsg.): Plädoyer für das Leben mongoloider Kinder. Down-Syndrom und pränatale Diagnostik. Stuttgart: Verl. Freies Geistesleben, S. 13 – 62

**Flasspöhler, Svenja (2009):** Leben mit einem behinderten Kind? In: Psychologie Heute, H. 09/2009, S. 40 – 43.

**Gäch, Angelika (1990):** Pränataldiagnostik-Boom. In: Denger, Johannes (Hrsg.): Plädoyer für das Leben mongoloider Kinder. Down-Syndrom und pränatale Diagnostik. Stuttgart: Verl. Freies Geistesleben, S. 63 – 70

**Halder, Cora (2000):** Down-Syndrom, was bedeutet das? Deutsches Down-Syndrom InfoCenter.

**Holtzapfel, Walter (1990):** Eine wahre Geschichte. In: Denger, Johannes (Hrsg.): Plädoyer für das Leben mongoloider Kinder. Down-Syndrom und pränatale Diagnostik. Stuttgart: Verl. Freies Geistesleben, S. 109 – 110

**Kirchner-Asbrock, Ebba; Kurmann, Margaretha (1998):** Schwanger sein - ein Risiko? Informationen und Entscheidungshilfen zur vorgeburtlichen Diagnostik. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.

**Kröger, Marco (2004):** Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion. Berlin: Logos Verlag

**Krone, Stephan (1992):** Das ungeborene Kind. Möglichkeiten und Grenzen vorgeburtlicher Untersuchungen. Stuttgart: TRIAS Thieme Hippokrates Enke, S. 60 – 91.

**Lanz-Zumstein, Monika (1994):** Rechtliche Aspekte der Chromosomen- und Gendiagnostik. Stellungnahme der Kommission Gentechnologie des Deutschen Juristenbundes. In: Neuer-Miebach, Therese; Tarneden, Rudi: Vom Recht auf Anderssein. Anfragen an pränatale Diagnostik und humangenetische Beratung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag [u.a.], S. 99 – 106

**Lux, Vanessa (2005):** Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik. 2. Auflage, Berlin: Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW), Selbstverlag

**Müller-Wiedemann, Hans (1990):** Pränatale Diagnostik als soziale Herausforderung. In: Denger, Johannes (Hrsg.): Plädoyer für das Leben mongoloider Kinder.

Down-Syndrom und pränatale Diagnostik. Stuttgart: Verl. Freies Geistesleben, S. 82 – 108

**Neuer-Miebach, Therese; Tarneden, Rudi (Hrsg.) (1994):** Vom Recht auf Anderssein. Anfragen an pränatale Diagnostik und humangenetische Beratung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag [u.a.].

**Nippert, Irmgard (1994):** Frauen und Pränataldiagnostik. Gesellschaftliche Diskussionsansätze und vorläufige Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Neuer-Miebach, Therese; Tarneden, Rudi: Vom Recht auf Anderssein. Anfragen an pränatale Diagnostik und humangenetische Beratung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag [u.a.], S. 71 – 78

**Radtke, Peter (1994):** Pränatale Diagnose und genetische Beratungsstellen. In: Neuer-Miebach, Therese; Tarneden, Rudi: Vom Recht auf Anderssein. Anfragen an pränatale Diagnostik und humangenetische Beratung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag [u.a.], S. 37 – 44

**Reif, Maria (1990):** Frühe Pränataldiagnostik und genetische Beratung. Psychosoziale und ethische Gesichtspunkte. Stuttgart: Enke.

**Reitter, Anke; Schloesser, Rolf (2008):** Perinatalmedizin in Fällen. Pränatale Diagnostik, Management und Beratung ; 23 Tabellen. Stuttgart: Thieme.

**Schindele, Eva (1994):** Die kontrollierte Schwangere. Auswirkungen der pränatalen Diagnostik - Erfahrungen der unabhängigen Beratungsstelle "Cara". In: Neuer-Miebach, Therese; Tarneden, Rudi: Vom Recht auf Anderssein. Anfragen an pränatale Diagnostik und humangenetische Beratung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag [u.a.], S. 79 – 93

**Schmid, Franz (Hrsg.) (1987):** Das Down-Syndrom. Münsterdorf: Hansen u. Hansen.

**Vogel, Walther (1994):** Zum Selbstverständnis der genetischen Beratung. In: Neuer-Miebach, Therese; Tarneden, Rudi: Vom Recht auf Anderssein. Anfragen an pränatale Diagnostik und humangenetische Beratung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag [u.a.], S. 53 – 59

**Von Loewenich, Volker (2008):** Ethische Aspekte der Perinatal-Diagnostik. In: Reitter, Anke; Schloesser, Rolf: Perinatalmedizin in Fällen. Pränatale Diagnostik, Management und Beratung ; 23 Tabellen. Stuttgart: Thieme, S. 246 – 250.

**Wilken, Etta (2002):** Pränatale Diagnostik und Häufigkeit des Down-Syndroms, In: Frühförderung interdisziplinär, 21. Jg., S. 157 – 162

**Willenbring, Monika (1999):** Pränatale Diagnostik und die Angst vor einem behinderten Kind. Ein psychosozialer Konflikt von Frauen aus systemischer Sicht. Heidelberg: Asanger

**Wüstner, Kerstin (2000):** Genetische Beratung. Risiken und Chancen. Bonn: Psychiatrie-Verlag

**Wunder, Michael (1994):** Prävention und neue Bioethik. In: Neuer-Miebach, Therese; Tarneden, Rudi: Vom Recht auf Anderssein. Anfragen an pränatale Diagnostik und humangenetische Beratung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag [u.a.], S. 113 – 123

Zeitungsartikel:

**Müller-Jung, Joachim (2010):** Klarsicht im Reagenzglas. Kinderwunsch kann vieles sein: Die PID im Wandel. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 154 vom 07. Juli 2010, S. N1

**Schmidt, Friedrich (2010):** Mit dem Embryonenschutz vereinbar. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 154 vom 07. Juli 2010, S. 4

Informationsmaterialien:

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (Hrsg.) (April 2008):** Pränataldiagnostik – Informationen über Beratung und Hilfen bei Fragen zu vorgeburtlichen Untersuchungen, Köln.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (Januar 2010):** Schwangerschaftsberatung §218. Informationen für Frauen, Paare, Familien, Beratungsstellen, Ärztinnen und Ärzte über das Schwangerschaftskonfliktgesetz und gesetzliche Regelungen im Kontext des §218 Strafgesetzbuch, Berlin.

## **7. Anhang**

### **7.1 Alte und aktuelle Fassung des § 218**

Das folgende Zitat – also die Fassung des § 218 von 1976 sowie die aktuelle Fassung – habe ich von KRÖGER übernommen.

#### **„Alte Fassung des § 218 StGB – gültig von 1976 bis 1992**

##### **§ 218 Abbruch der Schwangerschaft.**

(1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter

1. gegen den Willen der Schwangeren handelt oder

2. leichtfertig die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der Schwangeren verursacht.

(3) Begeht die Schwangere die Tat, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe. Die Schwangere ist nicht nach Satz 1 strafbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach Beratung (§218 Abs. 1 Nr. 1,2) von einem Arzt vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen verstrichen sind. Das Gericht kann von einer Bestrafung der Schwangeren nach Satz 1 absehen, wenn sie sich zur Zeit des Eingriffs in besonderer Bedrängnis befunden hat.

(4) Der Versuch ist strafbar. Die Frau wird nicht wegen Versuchs bestraft.

## **§ 218a Indikation zum Schwangerschaftsabbruch.**

(1) Der Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt ist nicht nach §218 strafbar, wenn

1. die Schwangere einwilligt und
2. der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(2) Die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 gelten auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis

- a) dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann,
- b) an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 begangen worden ist und dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht, oder
- c) der Abbruch der Schwangerschaft sonst angezeigt ist, um von der Schwangeren die Gefahr einer Notlage abzuwenden, die
  - a) so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann, und
  - b) nicht auf andere für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann.



(3) In den Fällen des Absatzes 2 Nr. 1 dürfen seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen, in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 2 und 3 nicht mehr als zwölf Wochen verstrichen sein.

### **§ 218b Abbruch der Schwangerschaft ohne Beratung der Schwangeren.**

(1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, ohne daß die Schwangere

1. sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff wegen der Frage des Abbruchs ihrer Schwangerschaft an einen Berater (Absatz 2) gewandt hat und dort über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für die Schwangere, Mütter und Kinder beraten worden ist, insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern, und

von einem Arzt über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte beraten worden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in §218 mit Strafe bedroht ist. Die Schwangere ist nicht nach Satz 1 strafbar.

(2) Berater im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 ist

1. eine von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannte Beratungsstelle oder
2. ein Arzt, der nicht selbst den Schwangerschaft vornimmt und
  - a) als Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle (Nummer 1) mit der Beratung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 betraut ist,
  - b) von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts als Berater anerkannt ist oder
  - c) sich durch Beratung mit einem Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle (Nummer 1), das mit der Beratung im Sinne des Absatzes Nr. 1 betraut ist, oder mit einer Sozialbehörde oder auf andere geeignete Weise über die im Einzelfall zur Verfügung stehenden Hilfen unterrichtet hat.

3. Absatz 1 Nr. 1 ist nicht anzuwenden, wenn der Schwangerschaftsabbruch angezeigt ist, um von der Schwangeren eine durch körperliche Krankheit oder Körperschaden begründete Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit abzuwenden.

### **Aktuelle Fassung des § 218 StGB – in Kraft getreten am 1.07.1995**

#### **§ 218 Schwangerschaftsabbruch.**

(1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Handlungen, deren Wirkung vor Abschluß der Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutter eintritt, gelten nicht als Schwangerschaftsabbruch im Sinne dieses Gesetzes.

(2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter gegen den Willen der Schwangeren handelt oder leichtfertig die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der Schwangeren verursacht.

(3) Begeht die Schwangere die Tat, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.

(4) Der Versuch ist strafbar. Die Schwangere wird nicht wegen Versuchs bestraft.

#### **§ 218a Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs.**

(1) Der Tatbestand des § 218 ist nicht verwirklicht, wenn

1. die Schwangere den Schwangerschaftsabbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nach § 219 Abs. 2 Satz 2 nachgewiesen hat, daß sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen,
2. der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vorgenommen wird und

3. seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

(2) Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(3) Die Voraussetzungen des Absatzes 2 gelten bei einem Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommen wird, auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 des Strafgesetzbuches begangen worden ist, dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht, und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

(4) Die Schwangere ist nicht nach § 218 strafbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach Beratung (§ 219) von einem Arzt vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen verstrichen sind. Das Gericht kann von Strafe nach § 218 absehen, wenn die Schwangere sich zur Zeit des Eingriffs in besonderer Bedrängnis befunden hat.

### **§ 218b Schwangerschaftsabbruch ohne ärztliche Feststellung; unrichtige ärztliche Feststellung.**

(1) Wer in den Fällen des § 218a Abs. 2 oder 3 eine Schwangerschaft abbricht, ohne daß ihm die schriftliche Feststellung eines Arztes, der nicht selbst den Schwangerschaftsabbruch vornimmt, darüber vorgelegen hat, ob die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 oder 3 gegeben sind, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist. Wer als Arzt wider besseres Wissen eine unrichtige Feststellung über die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 oder 3 zur Vorlage nach Satz 1 trifft, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist. Die Schwangere ist nicht nach Satz 1 oder 2 strafbar.

(2) Ein Arzt darf Feststellungen nach § 218a Abs. 2 oder 3 nicht treffen, wenn ihm die zuständige Stelle dies untersagt hat, weil er wegen einer rechtswidrigen Tat nach Absatz 1, den §§ 218, 219a oder 219b oder wegen einer anderen rechtswidrigen Tat, die er im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch begangen hat, rechtskräftig verurteilt worden ist. Die zuständige Stelle kann einem Arzt vorläufig untersagen, Feststellungen nach § 218a Abs. 2 und 3 zu treffen, wenn gegen ihn wegen des Verdachts einer der in Satz 1 bezeichneten rechtswidrigen Taten das Hauptverfahren eröffnet worden ist.

### **§ 218c Ärztliche Pflichtverletzung bei einem Schwangerschaftsabbruch.**

(1) Wer eine Schwangerschaft abbricht,

1. ohne der Frau Gelegenheit gegeben zu haben, ihm die Gründe für ihr Verlangen nach Abbruch der Schwangerschaft darzulegen,
2. ohne die Schwangere über die Bedeutung des Eingriffs, insbesondere über Ablauf, Folgen, Risiken, mögliche physische und psychische Auswirkungen ärztlich beraten zu haben,
3. ohne sich zuvor in den Fällen des § 218a Abs. 1 und 3 auf Grund ärztlicher Untersuchung von der Dauer der Schwangerschaft überzeugt zu haben oder
4. obwohl er die Frau in einem Fall des § 218a Abs. 1 nach § 219 beraten hat,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist.

(2) Die Schwangere ist nicht nach Absatz 1 strafbar.<sup>267</sup>

---

<sup>267</sup> Kröger, M. (2004): Pränatale Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Selektion, S. A-1ff.



## **7.2 Versicherung**

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle Stellen, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken, gegebenenfalls auch elektronischen Medien, entnommen sind, durch Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht wurden. Entlehnungen aus dem Internet sind durch einen datierten Ausdruck belegt.

Reutlingen, den .....

.....

Unterschrift